16.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE,

Présentée et soutenue le 30 *août* 1860,

Par Alexandre VIENNOIS,

né à Romans (Drôme),

DOCTEUR EN MÉDECINE,

ex-interne des Hôpitaux de Lyon.

RECHERCHES SUR LE CHANCRE PRIMITIF ET LES ACCIDENTS CONSÉCUTIFS, PRODUITS PAR LA CONTAGION DE LA SYPHILIS SECONDAIRE.

PARIS.

RIGNOUX, IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE,

rue Monsieur-le-Prince, 31.

1860

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Professeurs.

M. le Baron P. DUBOIS, DOYEN.	MM.
Anatomie	JARJAVAY.
Physiologie	LONGET.
Physique médicale	GAVARRET.
Histoire naturelle médicale	MOQUIN-TANDON.
Chimie organique et chimie médicale	WURTZ.
Pharmacologie	REGNAULD.
Hygiène	BOUCHARDAT.
Pathologie médicale	N. GUILLOT. .....
Pathologie chirurgicale	DENONVILLIERS. GOSSELIN, Président.
Anatomie pathologique	CRUVEILHIER, Examinateur.
Pathologie et thérapeutique générales	ANDRAL.
Opérations et appareils	MALGAIGNE.
Thérapeutique et matière médicale	GRISOLLE.
Médecine légale	ADELON.
Accouchements, maladies des femmes en couches et des enfants nouveau-nés	MOREAU.
Clinique médicale	BOUILLAUD. ROSTAN. PIORRY. TROUSSEAU.
Clinique chirurgicale	VELPEAU. LAUGIER. NÉLATON. JOBERT DE LAMBALLE.
Clinique d'accouchements	P. DUBOIS.

Professeur honoraire, M. CLOQUET. — *Secrétaire*, M. BOURBON.

Agrégés en exercice.

MM. ARAN.	MM. FOUCHER.
AXENFELD.	GUBLER.
BAILLON.	GUILLEMIN.
BARTH.	HÉRARD.
BLOT.	LASÈGUE.
BOUCHUT.	LECONTE.
BROCA.	PAJOT.
CHAUFFARD.	REVEIL, Examinateur.
DELPECH.	RICHARD.
DUCHAUSSOY, Examinateur.	TARDIEU.
EMPIS.	TRÉLAT.
FANO.	VERNEUIL.
FOLLIN.	

Par délibération du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

AVIS AU LECTEUR.

Aujourd'hui que les chancres produits par la contagion de la syphilis secondaire sont reconnus pour être tellement nombreux, qu'ils forment, ainsi que l'a proposé d'abord M. Rollet, près de la moitié du nombre total des chancres syphilitiques ordinaires; aujourd'hui, qu'en raison du siége spécial qu'ils occupent dans la majorité des cas, et de l'intérêt hygiénique et médico-légal qu'ils offrent, la découverte de leur origine a pris une si grande importance, qu'elle est devenue la cause d'une véritable révolution en syphilographie; il est bon d'examiner les prétentions rivales à la priorité, autant qu'il est facile de faire à chacun la part qui lui revient.

Sous ce rapport, on doit reconnaître à la découverte deux périodes : l'une de pressentiment, de prévision, ou, pour mieux dire, d'hypothèse; l'autre d'observation précise, de déductions motivées, en un mot, de démonstration.

Cette dernière est véritablement la période décisive; car c'est d'elle que date la grande révolution qui a introduit tout d'un coup dans la pathologie syphilographique toutes les variétés de chancres primitifs décrits dans cette thèse.

PREMIÈRE PÉRIODE OU PÉRIODE D'HYPOTHÈSE ET DE PRÉVISION.

Elle date de 1855, époque de la discussion soulevée à la Société de médecine du Panthéon, sous la présidence de M. Dublanc, entre plusieurs syphilographes, entre autres MM. Auzias-Turenne et Langlebert. (Extrait des procès-verbaux de la Société médicale du Panthéon, imprimerie de Moquet. Paris 1856.)

Voici comment M. Auzias, dans la séance du 14 novembre 1855, après avoir abordé plusieurs autres questions de syphilographie, s'exprime sur celle-là : « Plusieurs cas de vérole attribués à de prétendus chancres infectants, à des érosions chancreuses, par exemple,

doivent être rapportés à la contagion directe du produit d'accidents secondaires. En effet, il n'est pas d'induration plus nettement accusée que celle qui occupe l'endroit contaminé par la communication de la syphilis, par le produit d'accidents secondaires » (*loc. cit.*, page 6). Ailleurs, M. Auzias ajoute :

« Il y a donc un *prétendu* chancre induré qui n'est autre chose qu'un premier symptôme secondaire siégeant à l'endroit même qui a été contaminé par le produit d'un accident secondaire; il y a un autre chancre induré, c'est le chancre de J. L. Petit, le vrai chancre (qu'on le nomme ou non chancroïde), quand il s'endurcit à sa base » (page 7).

Dans cette même séance, M. Langlebert se déclare de l'avis de M. Auzias, relativement à la contagion de la syphilis secondaire; mais il ne s'explique pas sur la nature de la lésion transmise par l'accident secondaire.

Dans la séance du 12 décembre 1855, M. Auzias revient sur cette question; il résume les opinions qu'il a émises dans la séance précédente touchant le chancre induré.

« Ce chancre, dit-il, est tantôt le premier phénomène local qui suit une contamination secondaire, tantôt il est cet état d'un chancre classique qui indique, par une modification locale, l'infection de tout le système. L'opinion que je soutiens, ajoute-t-il, implique d'une part l'idée que les symptômes secondaires sont contagieux, et d'autre part, celle que le virus chancreux, sans changer de nature, n'est pas toujours identique à lui-même, quant à son degré de force » (page 10).

Dans la séance du 13 février 1856, M. Auzias communique à la Société une consultation médico-légale touchant une nourrice infectée par son nourrisson. Parmi les conclusions, nous citerons la septième, ainsi conçue :

« La syphilis constitutionnelle transmise par contagion se manifeste souvent par la forme papuleuse » (page 19).

Enfin, à la page 21 de la même brochure, nous lisons cette phrase singulière, qui est en contradiction avec tout ce qui pré-

cède, et qui montre bien le point où en étaient alors les esprits sur cette question.

« En disant que la syphilis constitutionnelle, communiquée directement, se montre souvent au début sous forme papuleuse, M. Auzias n'entend aucunement, ou du moins n'entend pas exclusivement parler de ce qui se passe dans le lieu qui a été le siége de la contamination. Voici ce qu'il a voulu dire : Il y a ordinairement à l'endroit contaminé un état local, une érosion chancreuse, par exemple, avec retentissement ganglionnaire, puis bientôt il se manifeste souvent une éruption *papuleuse* et non pas toujours une roséole. M. Auzias insiste pour *qu'on ne confonde pas avec un chancre l'érosion ou l'ulcération déterminée par l'inoculation naturelle ou artificielle du produit de papules muqueuses ou d'autres symptômes secondaires* » (page 21).

Quant à M. Langlebert, voici les seules paroles ayant trait à cette question qu'il ait prononcées dans cette discussion, à laquelle il renvoie sans cesse le lecteur dans ses brochures.

« M. Langlebert pense que la syphilis constitutionnelle a pour point de départ un chancre et spécialement un chancre induré, lors même qu'elle a été communiquée par le produit d'un accident secondaire. Cette observation lui est *inspirée* par ce qu'a dit M. Auzias, lequel dans la conclusion de la consultation qu'il vient de lire considère la syphilis constitutionnelle communiquée directement, comme débutant souvent sans forme papuleuse » (page 21).

Ainsi donc, à cette époque (1855-56), les opinions sur ce sujet étaient d'une part complétement *hypothétiques* (M. Auzias seul a cité un fait, celui de la nourrice où la syphilis fut papuleuse sans qu'on sache au juste ce qu'elle avait au sein), et d'autre part *contradictoires*, puisque, après avoir admis la nature chancreuse de la lésion produite par la contagion secondaire, on dit que ce chancre n'est qu'un *prétendu* chancre, et même *qu'il ne faut pas confondre avec un chancre l'érosion ou l'ulcération déterminée par l'inoculation naturelle ou accidentelle du produit des papules muqueuses ou d'autres symptômes secondaires* (Auzias).

SECONDE PÉRIODE OU PÉRIODE D'OBSERVATION.

Cette période ne commence que dans le courant de 1858.

Pendant trois années, les honorables orateurs de la société du Panthéon, préoccupés sans doute d'autres graves questions, avaient gardé le silence sur celle qui nous occupe ; ne tenant probablement pas plus à leurs hypothèses qu'on ne tient d'habitude à ces jeux de l'esprit, et surtout ne comprenant pas à cette époque l'immense importance que devait avoir plus tard cette question, ils n'avaient cherché ni l'un ni l'autre à savoir ce que l'observation patiemment consultée pourrait leur apprendre à ce sujet, et pourtant les faits ne manquaient pas. Il y avait dans la science des centaines d'observations de nourrices contaminées par des nourrissons, d'adultes contaminés bouche à bouche, de nouveau-nés inoculés par la vaccination; que disons-nous? Il y avait dans la science une série d'inoculations artificielles, pratiquées avec le produit des accidents secondaires, inoculations faites par Wallace, Waller, Vidal, Rinecker et autres. Il n'y avait donc qu'à étudier ces faits, à observer, à bien observer, pour arriver à la vérité, c'est-à-dire pour déduire de ces observations, la loi la plus importante qui ait jamais figuré dans le code syphilographique.

Ou plutôt, il y avait encore une autre chose à faire, au préalable, et c'était même là une des grandes difficultés de l'œuvre ; il fallait d'abord définir l'accident primitif, c'est-à-dire le chancre même qui était en cause.

Qu'est-ce qui fait le caractère primitif d'une lésion syphilitique? qu'est-ce qui, dans la série des accidents syphilitiques, constitue la *primitivité?*

(Le développement de la lésion au point contaminé, et cela après une première incubation qui est constante; la persistance de cette lésion à l'état d'accident antérieur à tous les autres pendant un temps variable, mais toujours assez long; enfin le développement

des accidents secondaires après ce temps de repos qu'on peut appeler une seconde incubation.)

D'un autre côté, qu'est-ce qui donne à l'accident primitif le caractère du chancre? qu'est-ce qui constitue essentiellement le *chancre syphilitique primitif?*

(Toujours l'ulcération; souvent, avec l'ulcération, l'induration; quelquefois la transformation *in situ* de l'ulcère en plaque muqueuse ou la papulation, enfin l'adenite indurée.)

Voilà ce qu'il y avait à faire. Mais surtout ne fallait-il pas se débarrasser de la vieille erreur huntérienne, reproduite et encore exagérée par M. Ricord, erreur généralement répandue à cette époque?

Hunter et M. Ricord reconnaissaient l'accident primitif, le chancre syphilitique primitif, aux effets produits par l'inoculation sur le malade lui-même.

Or, loin d'être le signe du chancre primitif, l'inoculabilité au malade est le signe d'une maladie qui n'a rien de commun avec la syphilis, c'est-à-dire du *chancroïde;* et loin de faire reconnaître le chancre syphilitique, l'inoculation, lorsqu'elle réussit, permet au contraire d'affirmer que l'ulcération suspecte (hors les cas exceptionnels de chancres mixtes) n'est en aucune manière syphilitique.

Tel a été le travail considérable entrepris par M. Rollet et livré pour la première fois à la publicité en juillet 1858.

M. Rollet, dans une série de leçons faites à l'Antiquaille et auxquelles nous avons assisté (en mai, juin et juillet 1858), étudia successivement le chancre syphilitique primitif en général; puis le chancre produit par la contagion de la syphilis secondaire et notamment le chancre du mamelon, le chancre de la bouche et enfin le chancre d'inoculation artificielle.

Les leçons de M. Rollet, fondées sur les observations éparses dans la science et laborieusement rassemblées, ainsi que sur un très-grand nombre de faits recueillis par lui, parurent ensuite sous forme de mémoire dans les archives générales de Médecine (février, mars et avril 1859). Mais dès le mois de juillet précédent et au moment

même où il faisait ses leçons à l'Antiquaille, M. Rollet crut devoir en publier les conclusions générales, dans un compte rendu qu'il fit des leçons cliniques sur le chancre, de M. Ricord (*Gazette médicale* de Paris, juillet 1858).

Tels sont les faits exposés dans leur ordre chronologique. Quant au mémoire de M. Rollet, nous n'avons rien à en dire ici ; pour tous ceux qui étudieront la question de bonne foi, non-seulement la nouvelle doctrine commence à ce travail et ne commence que là, mais encore elle y est tout entière.

RECHERCHES

SUR

LE CHANCRE PRIMITIF

ET LES ACCIDENTS CONSÉCUTIFS PRODUITS PAR LA CONTAGION

DE LA SYPHILIS SECONDAIRE.

CHAPITRE IER.

Du Chancre produit par la contagion naturelle ou artificielle de la syphilis secondaire.

Avant Hunter, on croyait à la contagion de la syphilis à toutes ses périodes. Les expériences de Hunter et plus encore celles de M. Ricord, la popularité de son enseignement, détournèrent longtemps les esprits de cette voie, de telle sorte que la contagion de la syphilis secondaire dont on trouve des témoignages évidents dans un certain nombre d'auteurs, depuis le seizième siècle jusqu'à nous, ne fut pas acceptée par l'École du Midi, et partant par la généralité des praticiens dont cette école a régenté l'opinion pendant un quart de siècle. Cependant cette contagion n'est pas un mythe, elle existe, des faits cliniques la démontrent non moins clairement que les expériences sur l'homme sain, les seules significatives. M. Rollet a rapporté[1] 25 cas cliniques de cette contagion emprun-

1. *Études cliniques sur le chancre produit par la contagion de la syphilis secondaire et spécialement sur le chancre du mamelon et de la bouche.* (*Arch. gén. de médecine*, février, mars et avril 1859.)

tés, soit à sa pratique, soit à différents auteurs, Hunter, Cullerier, Bardinet, Diday, etc. Sur les 25 observations, 17 montrent la contagion possible du nourrisson à la nourrice, en produisant un chancre induré, un chancre infectant du mamelon ; les autres témoignent de la facilité avec laquelle le chancre infectant peut être transmis à la bouche par la bouche elle-même atteinte d'accidents secondaires ou par un intermédiaire contaminé : cuiller, verre, pipe, tube à souffler le verre (canne), etc. M. Fournier[1] a rassemblé de son côté plusieurs observations incontestables de chancre des organes génitaux, transmis par des accidents secondaires. Enfin M. Guyenot[2], dans sa thèse, a rassemblé les cas les plus authentiques d'inoculation réussie de syphilis secondaire pratiquée soit en France, soit à l'étranger, d'où il résulte clairement ; que non-seulement le pus d'un accident secondaire, mais encore le sang peuvent être contagieux.

Il n'y aurait pas d'intérêt à relater ici in extenso toutes les observations que l'on peut du reste consulter ailleurs, de même que les observations cliniques les plus récentes, celles de M. Catalba, art. médical, mai et juin 1859, Langlebert, *Moniteur des Hôpitaux*, décembre 1858, mai 1859, et *Gazette des Hôpitaux* 19 juillet 1860, ou celle racontée dans le feuilleton de la *Gazette Hebdomadaire*, 29 juillet 1859, et de M. Galligo, *Gaz. hebd.*, 10 août 1860.

Mon intention n'étant pas de faire une compilation, nous allons seulement ici résumer sous forme de tableau quelques-uns des faits qui établissent nettement la contagion de la syphilis secondaire, renvoyant pour plus de détails aux sources que nous avons indiquées.

Je commencerai par les observations consignées dans l'excellent mémoire de M. Rollet. Mais la plupart de ces observations ne faisant mention que de la contagion de l'accident secondaire du nourrisson à sa nourrice, il m'a paru utile de montrer que les

---

1. *De la contagion syphilitique*, Paris, 1860.

2. *De l'inoculabilité de la syphilis constitutionnelle*, Paris, 1859.

mêmes phénomènes s'observent quand le rôle du nourrisson est rempli par un adulte, ainsi que le démontre l'exemple suivant, observé par mon maître en mai 1857.

Obs. — Mme X..., de Saint-Cyr, vint me consulter avec son mari en mai 1857.

M. le docteur Despiney, qui m'a adressé cette dame, m'écrivait qu'il avait observé chez elle tous les signes de la vérole constitutionnelle, mais que, la connaissant de mœurs tout à fait irréprochables, il se demandait s'il ne s'était pas trompé.

Cette dame avait, au moment où je l'ai vue, une éruption générale d'érythème papuleux syphilitique, de l'alopécie, des croûtes dans les cheveux, avec engorgement des ganglions sous-occipitaux; elle avait aussi des plaques muqueuses dans la bouche, des taches grises sur les amygdales, mais rien aux parties génitales. Tous ces accidents dataient d'une quinzaine de jours.

Le mari était d'une santé parfaite, il n'avait jamais rien eu de vénérien.

Après un long interrogatoire ayant pour but de rechercher l'origine première du mal, j'appris de cette dame qu'elle était accouchée le 30 octobre 1856, d'une petite fille bien portante. Cette enfant éprouvant de la difficulté à prendre le sein, on s'était adressé à une femme du voisinage, qui, moyennant rétribution, était venue plusieurs jours de suite opérer la succion. En janvier 1857, il était survenu au mamelon gauche une crevasse qui s'était agrandie, avait amené l'engorgement des glandes de l'aisselle, et avait néanmoins fini par se cicatriser.

Ces renseignements me mirent sur la voie : j'examinai les seins, et je constatai à la base du mamelon gauche une large induration bien caractérisée, et dans l'aisselle deux glandes ayant chacune le volume d'une noix, mais non douloureuses.

M. Despiney à qui je fis part du résultat de mon examen, constata lui-même tout ce que j'avais observé, et de suite, sur mon invitation, il se mit à la recherche de la voisine, cause première du mal.

Il apprit que cette femme, très-pauvre, mais honnête, avait eu d'abord des accidents syphilitiques aux parties génitales, accidents que son mari lui avait communiqués; elle avait guéri sans traitement.

Plus tard il survint au gosier d'autres lésions, des plaques muqueuses, au dire de M. Despiney, qui duraient depuis six mois au moment des rapports de la malade avec la dame X.

La petite fille, qu'on se hâta aussi d'examiner, fut trouvée affectée d'une ulcération à la lèvre; cette ulcération s'agrandit, puis disparut sous l'influence du traitement antisyphilitique, qui fut immédiatement institué. Toutefois cette enfant eut plus tard des plaques muqueuses à l'anus et aux parties génitales.

La mère, guérie d'abord de sa première poussée syphilitique, a eu plusieurs récidives; le mari n'a jamais eu aucun symptôme de ce genre.

Cette observation suggère à M. Rollet les réflexions suivantes.

« Que voyons-nous dans cette observation? Un adulte, une femme mariée, à qui son mari communique la vérole par les rapports sexuels, et chez qui, plus tard, il survient des accidents secondaires au gosier; ce sont ces accidents déjà anciens de six mois, qui ont été transmis. Qu'ont-ils produit? un chancre induré, bien et dûment reconnu induré, suivi plus tard de syphilis secondaire.

« Ce chancre lui-même a été transmis à un tiers, à la petite fille. On peut trouver d'autres chancres au sein, provenant de chancres indurés, comme M. Ricord en a cité des exemples. On pourrait encore y rencontrer le chancre simple que produirait le grattage chez ceux qui auraient en même temps des chancres simples aux organes génitaux. Mais le chancre qui prédomine au sein est le chancre infectant, que l'on voit surtout prédominer au sein, parce que la syphilis secondaire du nouveau-né siége très-souvent à la bouche, et qu'elle est contagieuse. » Un coup d'œil jeté sur le tableau suivant va nous le prouver.

OBSERVATIONS

DU CHANCRE INDURÉ DU MAMELON

TRANSMIS PAR LE NOURRISSON A LA NOURRICE.

---

15 OBSERVATIONS SOUS FORME DE TABLEAU.

TABLEAU SYNOPTIQUE

INDIQUANT LA NATURE DES ACCIDENTS OBSERVÉS SUR LES NOURRISSONS ET SUR LES NOURRICES.

ÉTAT du urrisson moment où sa ourrice prend.	NATURE des accidents DU NOURRISSON.	NATURE de l'accident primitif de la NOURRICE.	NATURE des accidents consécutifs de la NOURRICE.
—	—	—	—
	1re OBS. — ROLLET.		
Rien.	Éruption de larges papules excoriées aux fesses et aux parties génitales. — Plaques muqueuses sur la muqueuse des joues et des lèvres. — Enrouement, diarrhée, grand amaigrissement.	Ulcère de la largeur d'une pièce de un franc sur le mamelon droit, un peu saillant induré. — 2 ganglions de l'aisselle correspondante, ont le volume d'une grosse noix. — L'engorgement axillaire est indolent. — Rien aux parties génitales.	La femme n'a pas été revue.
	2e OBS. — ROLLET.		
55. Rien.	Ulcérations au gosier. — Plaques blanches dans la bouche, surtout aux commissures des lèvres. — Éruptions papuleuses. — Excoriations aux fesses, aux parties génitales et sur diverses parties du corps.	Plaque rouge à la base du mamelon droit saillante de la largeur d'une pièce de 2 francs. Le centre de la plaque est ulcéré. — Légère induration parcheminée. Engorgement très-marqué des glandes de l'aisselle. Rien aux parties génitales. Mari et enfants indemnes.	
	3e OBS. — ROLLET.		
56. Rien.	Plaques opalines dans la bouche. — Coryza, enrouement; larges papules excoriées aux fesses. - Erythème papuleuse sur le tronc.	Plaque rouge sur le mamelon gauche très-manifestement indurée avec engorgement axillaire multiple.	Roséole syphilitique sur le tronc et les membres. — Taches grises sur les amygdales. — Rien ailleurs. — Mari visité et trouvé sain.
4e OBS. — Drs DOYON et DRON. *Gazette hebdom.*, avril et mai 1854.			
55. Juin. Rien.	Ophtalmie grave. — Gros boutons au cou. — Petites crevasses aux lèvres. — Éruption générale de papules rouges. — Mort à 2 mois.	Peu après la mort de l'enfant plaques rouges à chaque sein, ulcérées; adenite axillaire double.	Syphilis générale papulo-squammeuse. — Rien aux parties génitales.

TABLEAU SYNOPTIQUE

INDIQUANT L'ÉPOQUE OÙ LES ACCIDENTS SONT SURVENUS SOIT CHEZ LE NOURRISSON, SOIT CHEZ LA NOURRICE.

ÉPOQUE des accidents DU NOURRISSON.	ÉPOQUE de l'accident primitif de la NOURRICE.	ÉPOQUE des accidents consécutifs.
—	—	—
	1re OBS.	
Juin 1856.	Août 1856.	Non revue.
	2e OBS.	

Ce cas a été l'objet d'une consultation médico-légale. M. Rollet a vu l'enfant avec MM. Bouchacourt et Rodet. Dans ce cas-ci, le chancre infectant a revêtu la forme papuleuse qui lui est propre et qui s'observe plus particulièrement chez la femme.

Donc chez cette malade, chancre primitif, mais chancre ayant déjà subi un commencement de transformation en plaque muqueuse, phénomène bien connu, observé et décrit par M. Ricord lui-même, et surtout par deux anciens internes de Lourcine, MM. Davasse et Deville.

	3e OBS.	
Premiers symptômes à l'âge de 6 semaines.	Un mois et demi après la nourrice s'est aperçue qu'elle prenait mal au sein.	L'ulcération du sein finissait de se cicatriser lorsqu'apparut la roséole.
	4e OBS.	
Juillet 1855.	Commencement d'août.	20 octobre 1855.

ÉTAT du nourrisson au moment où sa nourrice le prend.	NATURE des accidents DU NOURRISSON.	NATURE de l'accident primitif de la NOURRICE.	NATURE des accidents consécutifs de la NOURRICE.	ÉPOQUE des accidents DU NOURRISSON.	ÉPOQUE de l'accident primitif de la NOURRICE.	ÉPOQUE des accident consécutifs.
—	—	—	—	—	—	—
		5e OBS. — ROLLET.			5e OBS.	
1852. Novembre. Rien.	Plaques muqueuses à la bouche, aux commissures des lèvres, à l'anus, à la vulve. — Mort à l'âge de six mois.	Plaques rouges aux deux seins autour des mamelons. Les glandes des aisselles s'engorgèrent, surtout à droite.	Plaques muqueuses à la bouche et à la vulve. — Pas de trace de chancre aux parties génitales. — Les enfants et le mari ont bien portants.	Un mois et demi après, 15 décembre 1852.	Mars 1853.	Juillet 1853.
		6e OBS.			6e OBS.	
1852. Août. Rien.	Plaques muqueuses à la vulve. Sept mois plus tard aux lèvres. — Éruption sur le corps.	Boutons au sein droit.	Céphalalgie. — Alopécie. Plaques muqueuses au sein droit au nombre de deux. Ingent autour du mamelon. Adenites axillaires à droite. Rougeur et ulcération des amygdales. Croûtes dans les cheveux. Rien à la vulve.	Décembre 1852. Trois mois et demi après.	Septembre 1852.	Époque indé minée.
		7e OBS.			7e OBS.	
1853. Mars. Infecté à ce moment.	Plaques blanchâtres aux commissures des lèvres. — Difficulté de la déglutition. — Mort 3 jours après.	Trois gros boutons rouges et humides sur chaque sein. — Ganglions de l'aisselle engorgés des 2 côtés.	Céphalalgie. — Éruption générale. — Plaques muqueuses aux parties génitales.	Mars 1853.	Avril 1853. 3 semaines après.	Époque indéte minée.
		8e OBS.			8e OBS.	
1853. Commencement de janvier. Rien.	Éruption papuleuse. — Mort à trois mois et demi.	Plaques rouges excoriées sur chaque mamelon.	Plaque muqueuse sur le mamelon. — Transformation sur place. — Plus tard autres plaques muqueuses.	Fin janvier 1853. — Trois semaines après la naissance.	15 février 1853. — Quinze jours après la mort du nourrisson.	2 juin 1853.
		9e OBS. HUNTER. *Traité de la maladie vénérienne*, p. 772.			9e OBS.	
1776. 30 septembre. Rien.	Aphtes à la bouche. — Respiration courte. — Mourut de consomption présentant plusieurs ulcères en différentes parties du corps.	Plusieurs ulcères se forment autour du mamelon et finissent par le détruire. — Les glandes de l'aisselle se tuméfièrent, mais leur engorgement se termina par résolution.			6 semaines après avoir pris le nourrisson. 15 octobre 1776.	Il est dit c trois ans plus t cette femme acc cha d'un enfant philitiqne qui fecta et fit pé la nourrice à qui le confia.
		10e OBS. BARDINET.			10e OBS.	
24 mai 1845. Rien.	On ne désigne pas la nature des accidents secondaires.	Ulcération au sein droit.	Éruption de plaques muqueuses. — Le mari n'a pas de trace de maladie récente ou ancienne.	11 juin 1845.	10 juillet 1845.	3 septembre 18
		11e OBS.			11e OBS.	
1853. Décembre. Rien.	Enfant de 7 semaines. Éruption syphilitique. Deux mois après, plaques muqueuses à la bouche.	Peu de jours après que la bouche du nourrisson fut devenue malade gerçure au sein, puis ulcère de la largeur d'un noyau de prune. On inocule cet ulcère sans résultat au bras.	Accidents secondaires.	Huit jours après.	1er juin 1844.	30 juin.

ÉTAT du rrisson moment où sa urrice prend.	NATURE des accidents DU NOURRISSON.	NATURE de l'accident primitif de la NOURRICE.	NATURE des accidents consécutifs de la NOURRICE.	ÉPOQUE des accidents DU NOURRISSON.	ÉPOQUE de l'accident primitif de la NOURRICE.	ÉPOQUE des accidents consécutifs.
—	—	—	—	—	—	—
		12e OBS.				
octobre 6. Rien.	Adulte. Plaques muqueuses de la gorge datant de six mois.	Ulcération indurée au mamelon gauche avec adenite axillaire.	Érythème papuleux syphilitique, alopécie. Croûtes dans les cheveux. Engorgement des ganglions sous-occipitaux. Plaques muqueuses dans la bouche. Rien aux parties génitales.		Janvier 1857.	Mai 1857.
		13e OBS. Bacchacourt, *Revue médicale.*				
	Cicatrices récentes sur les fesses.— Coryza.—Face couverte de boutons.	Crevasses aux seins, puis ulcères indurés. — Adenite axillaire.	Pas de renseignements.	Au bout de six semaines.	Pas de renseignements.	
		Rien aux parties génitales. — Le mari examiné est indemne. — Une première nourrice avait déjà eu un ulcère à chaque mamelon.				
		14e OBS. Rayer.				
847. iveau-né Rien.	Gerçure à la lèvre supérieure et aux commissures labiales. — Plaies. — Ulcération de la muqueuse de Schneider. — Croûtes aux orifices des fosses nasales, il s'en forme aux fesses, aux jambes. — Mort en octobre 1847.	Petites élevures rouges autour du mamelon, excoriées. Huit jours après les glandes de l'aisselle s'engorgent.	Éruption croûteuse du cuir chevelu. — Alopécie.— Éruption squammeuse générale. — Engorgement des ganglions cervicaux.—Ulcérations syphilitiques au fond de la bouche.		15 jours après la mort du nourrisson.	Un mois et demi après l'apparition de l'accident primitif.
		15e OBS. 1re de John Egan.				
1843. embre. Rien. té parite en arence.	Éruption sur les bourses et à la partie interne des cuisses. — Plaques muqueuses de la bouche.	Ulcère vers le mamelon gauche de la nourrice.	Taches cuivrées sur les bras et les cuisses. — Papules à l'entrée du vagin. — Douleurs articulaires.	8 jours après que l'enfant eut été confié à la nourrice.	Peu de jours après que l'enfant fut devenu malade.	Vers le milieu de juillet.

Dans le tableau précédent, que voyons-nous ? les nourrissons avoir des accidents généraux de la syphilis et plus particulièrement des plaques muqueuses à la bouche ; les nourrices qui n'avaient rien eu jusque-là, prendre quelque temps après des ulcérations au sein, avec induration, adenite indolente dans l'aisselle ; ces accidents primitifs être suivis de symptômes constitutionnels dans le délai voulu. Comment désigner l'accident transmis ? Il se nomme lui-même par le simple énoncé de ses caractères principaux. Il n'y a que le chancre infectant qui, au point de vue de la forme, présente l'induration, l'ulcération et l'adenite indolente. Au point de vue de la marche : incubation des accidents secondaires analogue à celle des accidents secondaires, suite de chancre provenant du chancre. Donc la lésion produite dans les cas que nous avons mentionnés est un chancre. Nous n'avons pas cru devoir entrer dans plus de détails ici, nous pourrons être plus explicites pour les observations nouvelles que nous ferons connaître au deuxième chapitre de ce travail.

Exposons maintenant de la même manière quelques cas de chancres indurés de la bouche, transmis par la bouche elle-même ou par des intermédiaires contaminés, comme verre, cuiller, pipe, tube à souffler le verre, etc. Cette dernière façon de contracter la maladie est extrêmement utile à connaître dans les verreries, car la syphilis pourrait s'y multiplier avec la plus grande rapidité. Rappelons que les seuls départements du Rhône et de la Loire occupent plus de deux mille ouvriers verriers, que plusieurs procès ont eu lieu depuis le lumineux mémoire de M. Rollet, et que c'est là une grande question d'hygiène publique et de médecine légale, comme le démontrent l'observation et les réflexions suivantes que je rapporte d'après mon maître.

Antoine S..., âgé de 20 ans, contracte un chancre induré à la verge en avril 1858. Il fixe cette date, parce que jamais, à aucune époque de sa vie, il n'a eu de rapports sexuels, excepté une fois, dans le mois d'avril, le jour de la conscription.

Ce chancre, auquel il n'a pas porté grande attention, s'est cica-

trisé seul, après avoir duré assez longtemps, sans que le malade puisse rien dire de précis à cet égard.

Au mois d'avril 1858, Antoine S.... a une syphilide papuleuse, dont il porte encore quelques traces aux jambes et aux cuisses. A la même époque, ce malade souffrait de la gorge; il avait aussi des plaques excoriées sur la muqueuse des lèvres.

Le jour où je l'ai examiné (15 novembre 1858), ce malade avait encore à gauche, sur le reflet du prépuce, moitié sur le gland, moitié sur le prépuce, une large induration cartilagineuse, tout à fait pathognomonique; adenite inguinale multiple bien marquée à gauche, plaque muqueuse à la commissure gauche des lèvres, traces d'éruption sur les jambes et les cuisses.

Antoine S.... est verrier, il travaille à faire des bouteilles par insufflation ; c'est lui qui souffle le premier dans un tube, que prennent ensuite, pour y souffler à leur tour, les deux malades suivants :

Jean J..., âgé de 21 ans, verrier, soufflant dans le même tube que le malade précédent et immédiatement après lui.

En octobre 1858, ce malade sentit, à la face antérieure et au côté droit de la lèvre inférieure, une nodosité dure, de la grosseur d'un noyau de cerise; peu de temps après, les ganglions sous-maxillaires s'engorgèrent, surtout à droite; il s'est encore développé sur l'amygdale droite, à une époque que le malade ne peut pas préciser, et sur le pilier antérieur du voile du palais, une ulcération à fond grisâtre.

Aujourd'hui (10 décembre 1858), on constate encore l'existence d'une plaque rouge, fortement indurée, sur le point signalé de la lèvre; adenite sous-maxillaire multiple, ulcération sur l'amygdale droite; rien, absolument rien aux organes génitaux.

Fleury G..., âgé de 42 ans, verrier, était troisième souffleur; c'est lui qui donnait à la bouteille sa forme définitive.

Le 10 décembre 1858, ce malade a été trouvé porteur de plusieurs ulcérations dont il fait remonter l'origine à un mois environ.

L'une de ces ulcérations est située sur la muqueuse de la lèvre inférieure, à la partie moyenne; elle a les caractères suivants : Le fond est rougeâtre et saignant, en partie recouvert par une croûte noirâtre; les bords sont irrégulièrement découpés, la surface a environ un centimètre de diamètre.

Une autre ulcération siége sur la face interne de la lèvre supérieure; son fond est grisâtre, pultacé; ses bords sont nettement découpés; elle est moins profonde que la précédente.

Une troisième ulcération affecte aussi la lèvre supérieure; elle est grisâtre, peu étendue, pouvant à peu près loger la tête d'une épingle.

En outre, l'inspection de l'arrière-bouche laisse apercevoir une plaque muqueuse, située entre la luette et le pilier postérieur gauche du voile du palais; le fond du gosier est rouge, animé; le malade éprouve de la difficulté à avaler.

Les ganglions sous-maxillaires sont sensiblement engorgés, ceux des parties latérales du cou le sont un peu.

Fleury G.... n'a rien aux organes génitaux. Il est marié et père de famille, ses enfants sont tous bien portants, mais il dit avoir communiqué son mal à sa femme; toutefois celle-ci n'a pu être examinée. (Arch. gén. de méd. Mars et avril 1859.)

Pour bien comprendre toute la valeur de cette observation, dit M. Rollet, il faut savoir que les ouvriers occupés à souffler les bouteilles travaillent trois à trois. Le premier souffle le verre de manière à lui donner déjà la forme d'un globe creux; il passe immédiatement le tube à un deuxième ouvrier qui donne à la bouteille une deuxième façon et celui-ci à un troisième qui lui donne sa forme définitive.

Antoine S.... était premier souffleur, il contracte un chancre induré en avril 1858, il a des symptômes secondaires au mois d'avril; son chancre était alors cicatrisé. En admettant qu'à cette époque il ait transmis quelque chose avec la bouche, on ne peut pas comprendre que la maladie transmise provienne d'une lésion syphilitique autre que des accidents secondaires dont il était alors porteur.

J. J...., deuxième souffleur, voit se développer chez lui, en octobre, un chancre induré de la lèvre, il n'a rien aux parties génitales.

Fleury G...., troisième souffleur, contracte en décembre des accidents analogues à la lèvre, il n'a rien aux parties génitales.

Ou bien ces deux derniers malades ont eu des chancres infectants des lèvres, provenant de la contagion de la syphilis secondaire du premier, ou bien ils les ont contractés par des rapports anormaux.

« La première version a pour elle les affirmations réitérées des malades, leur moralité reconnue, le siége, la date, la nature identique de la maladie chez tous les deux, et surtout la syphilis secondaire du premier, c'est-à-dire le corps du délit, là, présent, qu'on ne saurait pas plus se refuser à voir dans ce cas que dans ceux qui précèdent, et notamment dans nos observations de nourrices infectées par des nouveau-nés.

« Quant à la seconde, elle procéderait de ce système de fin de non-recevoir qui a pu avoir sa raison d'être, mais qui ne peut prévaloir contre les faits, surtout lorsqu'ils arrivent avec la force du nombre et d'une éclatante notoriété. »

Voyons maintenant sous forme de tableau quelques observations démontrant la contagion de l'accident secondaire par les contacts de bouche à bouche.

TABLEAU SYNOPTIQUE.

SUJET INFECTANT.				SUJET INFECTÉ.			
FORME DES ACCIDENTS		DATE DES ACCIDENTS		FORME DES ACCIDENTS		DATE DES ACCIDEN	
PRIMITIFS.	SECONDAIRES.	PRIMITIFS.	SECONDAIRES.	PRIMITIFS.	SECONDAIRES.	PRIMITIFS.	SECONDAIR
	1re OBS. ROLLET.				1re OBS.		
X... adulte de 25 ans. — Chancre induré du repli balano-préputial.	Croûtes à la tête. — Alopécie. — Engorgement des ganglions sous-occipitaux. — Inflammation érythémateuse de l'arrière-gorge avec ulcération légère des amygdales: plaques muqueuses sur les côtés de la langue et à la face interne des deux lèvres, éruption papuleuse sur le tronc et les membres. — Plaques muqueuses à l'anus.	Avril 1849.	Août 1849.	Chancre induré situé sur la lèvre inférieure et représentant une plaque saillante arrondie, grisâtre à son centre. — Engorgement des glandes sous-maxillaires. Chancre induré transmis par la plaque muqueuse de la bouche de X... par un baiser.	Plaques muqueuses sur les bords de la langue. — Tache rouge arrondie à la voûte palatine. — Angine érythémateuse. — Croûtes dans les cheveux. — Engorgement des ganglions cervicaux postérieurs, éruption papuleuse sur le tronc et les membres; à la vulve plaques muqueuses.	Septembre 1849.	6 sem nes apr — Vers 15 noven 1849.
	2e OBS. ROLLET.				2e OBS.		
Louis B... Chancre induré de la couronne du gland.	Plaques muqueuses ulcérées de la bouche, sur la peau de la verge et sur le scrotum. — Engorgement des ganglions cervicaux postérieurs. — Alopécie.	Janvier 1857.	Avril 1857.	Jules Ch., 25 ans. — Deux chancres indurés de la lèvre supérieure, larges chacun comme une pièce de un franc. Double adenite assez volumineuse. Cet accident a été occasionné par une morsure de Louis B. ..	Croûtes dans les cheveux, alopécie, érythème papuleux sur le front, plaques muqueuses sur le scrotum; rien à la verge.	11 avril 1857.	15 juin 1857.
	3e OBS. ROLLET.				3e OBS.		
Homme, 52 ans. Chancre sur le côté gauche du frein, manifestement induré. — Adenite inguinale multiple.	Roséole sur le tronc et les membres. — Croûtes dans les cheveux. — Plaques muqueuses sur les amygdales, sur la face interne de la lèvre inférieure et au pourtour de l'anus.	Oct. 1856.	1er janvier 1857.	Femme, 60 ans. Ulcère sur le bord libre de la lèvre inférieure (commissure gauche). — Ulcère large comme une pièce de 20 cent., saignant, grisâtre, induré. — Adenite sous-maxillaire multiple à gauche. — Cause, baiser sur la bouche.	Roséole et plaques muqueuses persistantes malgré le traitement.	5 janvier 1857.	Époque indéterm née.
	4e OBS. ROLLET..				4e OBS.		
R..., fille publique. — Chancre de la vulve, induré.	Plaque muqueuse de la bouche.	Juillet 1858.	Août 1858.	Chancre induré en dedans de la lèvre supérieure vers la partie moyenne, large ulcération grisâtre peu profonde, avec adenite sous-maxillaire. Cause. — Baiser sur la bouche. L'accident primitif de cet enfant a transmis un chancre primitif induré à cinq personnes. A ses deux frères, à ses deux sœurs et à la grand' mère. — Chez un des frères, chancre induré de la lèvre; chez les quatre autres contaminés, chancre de l'amygdale droite.	Plaques muqueuses à la bouche, à l'anus, sur les bourses.	Septembre 1858.	Octobre 1858.
	5e OBS. ROLLET.				5e OBS.		
Domestique, 30 ans. — Ulcération aux parties génitales. — Pas de renseignements.	Alopécie complète. — L'isthme du gosier était envahi par une éruption de plaque muqueuse, la plus confluente qu'on puisse voir.	Vers le mois d'août 1856.	Époque non déterminée.	Ulcération du bord libre de la lèvre inférieure, vers la partie moyenne, avec engorgement des ganglions sous-maxillaires. — Cause : par l'intermédiaire de la cuiller d'une cuisinière.	Croûtes dans la tête. — Alopécie. — Enrouement très-marqué. — Éruption générale qui persiste encore. — Éruption papulo-vesiculeuse confluente au front et autour des ailes du nez, disséminée sur les autres points. — Angine érythémateuse, douleur dans la déglutition. — Engorgement des ganglions sous-occipitaux. — Alopécie. — Rien aux parties génitales.	Janv. 1857.	Mars 1857 Avril 185

Ce tableau résume quelques-unes des observations rapportées par M. Rollet. On peut voir déjà par cette manière de présenter ces faits que la syphilis transmise ne diffère en aucune façon de la syphilis acquise par les organes génitaux. Je reviendrai du reste sur ces questions dans les chapitres spéciaux que je leur consacre. Les difficultés qui s'attachent à la recherche du chancre induré des parties génitales par la contagion des accidents secondaires ont empêché jusqu'à présent d'en réunir beaucoup d'observations. M. Fournier en a cité plusieurs dans sa thèse, très-concluantes; je les résume comme les précédentes, sous forme de tableau; les plus importantes sont au nombre de quatre.

OBSERVATIONS

DES CHANCRES INDURÉS DES ORGANES GÉNITAUX

TRANSMIS PAR DES ACCIDENTS SECONDAIRES.

CHANCRES DES ORGANES GÉNITAUX

TRANSMIS

PAR LES ACCIDENTS SECONDAIRES

(4 OBS. DE M. FOURNIER).

SUJET INFECTANT.

IDENT PRIMITIF.	ACCIDENTS SECONDAIRES	DATE du primitif.	DATE DES secondaires
—	—	—	—
	1re OBS.		
me N..., 29 ans. ancre induré de la .	Roséole, adénopathie cervicale postérieure, syphilide papuleuse, psoriasis palmaire et plantaire, plaques muqueuses du voile du palais et des amygdales, etc. Traitement négligé. — Ces accidents reparaissent à divers intervalles, si bien que le 9 juillet 1857 on pouvait constater une ulcération secondaire à la vulve. — Pas d'adenite.	Commencement de l'année 1856.	Époque indéterminée. Récidive des accidents secondaires dans les premiers mois de 1857 et le 2 juillet de la même année.
	2e OBS.		
gelina, 18 ans. ancre infectant.	Syphilide papuleuse. — Adénopathie cervicale postérieure.	Août 1856.	Oct. 1856.
	Plaques muqueuses vulvaires. — Angine. — Céphalée très-violente.		Nov. 1856.
	Chûte des cheveux. — Ulcérations vulvaires. — Céphalée. — Angine — Alopécie.		Déc. 1856.
	3e OBS.		
, âgé de 48 ans. cre induré de la re glando-prépu- très-large, très- à fond gris et o-membraneux; é cartilagineuse; pathie à gan- multiples, durs olents.	Ecthyma secondaire de la muqueuse sur la rainure. Syphilide echtymateuse sur le cou, etc.	Février 1859.	24 mai 1859.
	4e OBS.		
, âgé de 30 ans. ncre induré du Adénopathie in- e. ganglion dur et nt à gauche, trois e.	Pas de renseignements.	Fin décembre 1859. 9 janvier 1860.	Pas de renseignements.

SUJET INFECTÉ.

ACCIDENT PRIMITIF.	ACCIDENTS SECONDAIRES	DATE du primitif.	DATE DES secondaires
—	—	—	—
	1re OBS.		
Homme, 22 ans, A... Rougeur et ulcération légère sur le prépuce. Quelques jours après, induration parcheminée. — Adénopathie inguinale droite, indolente.	Roséole. — Psoriasis syphilitique. — Adénopathie cervicale postérieure et mastoïdienne. — Éruption croûteuse du cuir chevelu. — Plaques muqueuses guttorales.	12 juillet 1857.	17 août 1857 7 sept. 1857.
	2e OBS.		
B..., âgé de 45 ans. Cinq chancres indurés de la verge. — Indurés : trois sur la rainure glando-préputiale, un sur la muqueuse du prépuce, un sur la peau du prépuce. — Bubons inguinaux engorgés à droite et à gauche, indolents.	Non revu.	Juin 1856.	Non revu.
	3e OBS.		
Femme de 40 ans. — Chancre large comme une pièce de 1 franc sur la face cutanée de la grande lèvre gauche. Le chancre est creux, à fond grisâtre et pseudo-membraneux. La base de ce chancre présente une induration véritablement ligneuse. Adénopathie inguinale gauche à ganglions multiples, durs, légèrement douloureux.	Plaques muqueuses des amygdales. — Angine violente, puis ulcération des amygdales et du voile du palais. Alopécie. — Croûtes du cuir chevelu. — Plaques muqueuses vulvaires.	Juin 1859.	28 juillet 3 septembre Fin septembre.
	4e OBS.		
Femme, 23 ans. Ulcération à la grande lèvre droite, ayant duré six semaines, *très-dure* suivant la remarque du médecin appelé à visiter la malade.	Papule muqueuse, type saignant sur la grande lèvre gauche. Adénopathie inguinale droite à ganglions petits, durs et parfaitement indolents. — Adénopathie cervicale droite. — Croûtes brunâtres du cuir chevelu.	3 mois av. que X... fût infecté. C.-à-dire vers le commencement de septemb. 1859.	25 décemb. 1859.

Je n'ai pas cru devoir entrer dans des détails et faire un chapitre spécial pour le chancre infectant provenant de la contagion de l'accident secondaire des organes génitaux, par cette raison, que ce chancre est commun et que c'est lui qui entre pour une moitié des cas (Rollet) dans les chancres vulgaires que nous observons journellement.

C'est maintenant le lieu de dire quelques mots sur les chancres produits par l'inoculation expérimentale, mais avant je rappellerai un fait que j'ai lu quelque part.

Un militaire employé au Val-de-Grâce, du temps du premier empire, avait l'habitude de tatouer ses camarades. Pour cette opération, il se servait d'une aiguille, dont il tenait la pointe entre ses dents; or cet homme avait des accidents secondaires de la bouche, et il a transmis de cette façon la syphilis à un certain nombre d'individus.

Enfin l'expérimentation sur l'homme sain est venue depuis quelques années de 1835 à 1859, donner au dogme de la contagion des accidents secondaires une consécration éclatante. Je vais résumer rapidement les expériences les plus authentiques tentées en France et à l'étranger.

1re OBS. — Wallace.

En 1835, le 15 novembre, Wallace pratique sur P. M., homme sain, trois piqûres sur chaque épaule, avec une lancette imbibée de l'humeur provenant des pustules de J. K. Ce dernier a une grande quantité de pustules syphilitiques-psydralées datant de quatorze jours.

14 décembre. Tubercules élevés d'un rouge brun sur chaque piqûre ulcérée.

Le 21. Céphalée, douleurs dans les épaules, les bras, les jambes, exanthèmes en forme de taches sur tout le tronc, l'isthme du gosier est rouge.

Le 28. Les douleurs ont diminué, l'exanthème est plus pro-

noncé, le voile du palais offre quelques ulcérations superficielles blanchâtres.

2e OBS. — Wallace.

En 1836, le 1er juin. Wallace inocule sur le prépuce de J. M., 23 ans, sujet sain, le pus des pustules de J. S.

29 juin. Croûte à l'endroit de la piqûre, recouvrant une plaque ulcérée.

24 juillet. Exanthème de taches brunes, douleurs aux téguments de la tête.

Le 28. Pustules plates autour de l'anus.

OBS. de Vidal.

En 1849, 1er novembre, M. Vidal inocule à la face palmaire et inférieure de l'avant-bras, de chaque côté, M. Boudeville, homme sain, interne en pharmacie. La lancette est chargée de pus d'un accident secondaire.

Le 3. Pustule inflammatoire jusqu'au 15 novembre, où tout travail phlogistique a disparu.

5 décembre. Un nouveau travail s'opère aux endroits inoculés; deux pustules paraissent.

8 mars. Pustules plates, lenticulées du cuir chevelu, alopécie, engorgement d'un ganglion cervical.

25 avril. Déglutition difficile, roséole; plaques muqueuses sur les piliers de la voûte palatine.

1re de Waller.

En 1850, le 6 août, à Prague, Waller appliqua sur la face antérieure de la cuisse droite d'un enfant de 12 ans, n'ayant qu'une

teigne faveuse, un scarificateur parfaitement propre. Puis on prit le pus sécrété par les plaques muqueuses d'une femme N...., portant les traces d'un chancre antérieur, et on le mit sur les plaies saignantes de l'enfant.

Légère inflammation des scarifications les jours suivants, qui disparaît rapidement.

15 août. On vit apparaître une rougeur à l'endroit des scarifications; on remarque quelques taches rouges sur le lieu des incisions.

Le 30. On peut compter 14 tubercules cutanés, dont la plupart s'étaient développés sur les plaies du scarificateur. Ces tubercules se réunissent, s'ulcèrent.

27 septembre. Syphilide maculeuse.

Octobre. Éruption papuleuse.

RINECKER.

En 1852, le 5 janvier. Vésicatoire de 3 pouces de long et de 2 de large sur le bras gauche de W.... R...., 24 ans. Une bulle se forme; on introduit sous l'épiderme le pus de l'acné syphilitique d'un enfant.

2 février. Rougeur limitée à la surface du vésicatoire. La peau est dure et infiltrée.

Le 10. La surface du vésicatoire est recouverte de tubercules rouges, durs, qui s'ulcèrent.

12 juin. Céphalée.

Le 20. Plaques muqueuses à la lèvre inférieure sur la langue, ganglions occipitaux engorgés; plus tard tubercules muqueux sur le scrotum.

OBS. DE M. GUYENOT.

En 1859, le 7 janvier. M. Guyenot inocula par 4 piqûres le bras droit d'un enfant teigneux, bien portant d'ailleurs. L'inoculation

fut faite avec le pus de plaques muqueuses de l'anus d'un adulte qui avait eu 8 mois auparavant un chancre de la verge.

4 février, papule légère à la place d'une des piqûres.

Le 5, trois pustules se montrent, grosses comme des têtes d'épingles.

Le 7, il y a 3 ulcères.

Le 14, induration légère.

Le 16, adenite axillaire.

30 mars. Éruption d'érythèmes papuleux sur le tronc et les membres.

Hôpital Saint-Louis. 1re inoculation de M. Auzias-Turenne.

En 1859, le 25 janvier, sur une plaie produite par un vésicatoire à l'ammoniaque placé sur le bras gauche d'un adulte affecté d'un lupus ou dartre rongeante de la face datant de l'enfance, on inocule le pus de plaques muqueuses de l'anus.

Le 12 février, apparition d'une papule cuivrée saillante.

Le 16, ulcération de la papule.

Le 23, adenite axillaire gauche; l'induration de la papule ulcérée augmente.

21 mars et jours suivants. Éruption acunéiforme sur le tronc, sur la face interne des bras et des cuisses.

Hôpital Saint-Louis. 2e inoculation de M. Auzias-Turenne.

C'est toujours un sujet affecté de lupus invétéré. Même procédé opératoire. Incubation de 25 jours pour l'accident primitif. Apparition d'une papule sèche d'abord, puis humide, excoriée, croûteuse, indurée; ganglion gros comme une noisette dans l'aiselle correspondante. Roséole le 5 mars, 37 jours après l'inoculation.

1re *Inoculation de M. Gibert.*

Le pus qui a servi à cette inoculation ayant été pris sur un chancre infectant, nous n'avons pas à nous en occuper.

Je n'ai cité que deux expériences de Wallace, celui qui le premier trancha la difficulté par l'expérimentation. Mais ces deux expériences ne sont pas les seules qu'ait réalisées le syphilographe de Dublin. Il en a fait trois autres; mais dans ces dernières il inoculait la matière contagieuse sur une petite plaie produite par un vésicatoire ou de toute autre façon. Je ne les cite pas parce qu'elles m'ont paru moins claires que les précédentes, pas plus que trois autres d'un de ses amis. Néanmoins, prises dans leur ensemble, toutes les expériences que nous avons rapportées démontrent directement que le pus des accidens secondaires est contagieux, et aussi le sang. Nous aurons à insister plus tard sur ce dernier point, en rapportant trois observations à l'appui. — La deuxième de Waller, celle de l'anonyme du Palatinat, et enfin celle de M. Gibert.

A une époque ou toute l'école du Midi, maître et élèves était en opposition avec le dogme de la contagion secondaire, il pouvait être nécessaire de discuter les arguments qu'on opposait à cette vérité. Aujourd'hui qu'elle a été solennellement reconnue, notre tâche est simplifiée; elle consiste à citer purement et simplement des faits qui commandent la conviction. Je sais bien qu'un théoricien de Paris, M. Langlebert, a cru voir des différences dans le chancre produit par l'accident secondaire et le chancre produit par le chancre ; qu'il a été encouragé dans cette manière de voir par M. Diday nous aurons à apprécier l'opinion de ces messieurs avant de terminer ce travail, et surtout à montrer combien sont au moins singulières les prétentions que M. Langlebert a affichées (*Gaz. des Hop.*, 19 juillet et 9 août 1860), et aussi combien sont déplacés dans sa bouche les mots de *ma doctrine*, *ma loi;* etc.

Quant aux expériences des contagionnistes, elles ont été relatées et discutées avec soin par M. Guyenot, l'interne de Lyon; les objections qu'a cru devoir leur adresser M. Ricord, soit dans ses lettres, soit à la tribune de l'Académie, et celles de M. Diday, ont été examinées une à une. Je n'ai rien à ajouter à cette critique, qui m'a paru suffisante pour légitimer les conclusions que je veux en tirer. On a déjà pu remarquer dans les pages précédentes, qu'au point de vue de la contagion secondaire, quelle que fût l'origine du chancre, contagion clinique ou contagion expérimentale, le chancre produit est identique au chancre ayant pour origine le chancre infectant. Je le démontrerai en examinant plus loin l'accident produit dans ces différents cas, et au point de vue de la forme et au point de vue de la marche.

Comment se fait-il donc qu'une lésion que la clinique et l'expérimentation offraient chaque jour aux hommes spéciaux leur ait cependant échappé au point qu'ils n'en aient tiré parti à aucune époque, ni sous le rapport de la médecine légale, ni sous celui de l'hygiène publique?

Parce qu'en réalité on ne savait pas ce que c'était que cet ulcère du sein : et qu'on veuille seulement se reporter en 1858, où en était l'état des esprits à une époque qui nous tient de si près? Savait-t-on seulement en quoi consistait le chancre syphilitique? Ne regardait-on pas l'inoculabilité au malade comme le signe essentiel de ce chancre, tandis qu'elle est le signe caractéristique du *chancroïde*, c'est à dire d'un accident qui n'a rien à démêler avec la syphilis? Pour être en mesure de démontrer comme il l'a fait que la syphilis commence toujours par un chancre, alors même qu'elle procède d'un accident secondaire, M. Rollet a dû avant tout définir le chancre, et à vrai dire, entre le chancre syphilitique tel que l'a caractérisé M. Rollet et le même accident, tel qu'il est défini dans le traité d'inoculation de M. Ricord, la différence est si grande, qu'on voit de suite qu'il ne s'agit pas d'une même lésion, et que, pour rester fidèle à la vérité, l'école du Midi a dû être infidèle à son drapeau.

M. Fournier, dans sa thèse inaugurale (*loc cit.*) a essayé d'en rendre raison ; il examine les deux motifs principaux qui, suivant lui, auraient égaré l'opinion ; il les combat dans une certaine mesure, sans oser leur ôter toute valeur ; notre appréciation sera un peu différente. L'auteur cherche d'abord à montrer que, dans la pensée de la généralité des praticiens, l'inoculation du pus des accidents secondaires était toujours restée stérile sur les syphilitiques, et que l'inoculation du pus de chancre induré avait au contraire, sur ces mêmes sujets, donné lieu à un chancre (ce qui est une erreur). Et de là la différence que l'on s'efforçait de voir dans la contagiosité du pus primitif et du pus secondaire.

Ensuite, que des sujets sains s'étaient exposés à la contagion ou soumis à l'inoculation du pus secondaire, et dans ces conditions étaient restés indemnes de tout accident.

Ces raisons peuvent avoir une certaine valeur ; je sais bien que le pus syphilitique ne prend pas sur un syphilitique d'une manière générale. Je ferai remarquer cependant que si l'accident secondaire ne prend pas, ne prend jamais sur un syphilitique, c'est qu'il n'est pas mélangé avec un autre *contagium*, le chancre simple, et c'est parce que ce mélange peut être fait naturellement et expérimentalement, que l'on peut constater des chancres qui reprennent exceptionnellement sur un syphilitique. Ce sont des chancres *mixtes* pour lesquels je renvoie au remarquable mémoire de mon ami, M. Laroyenne (1).

Je comprends aussi que les médecins aient pu être influencés en voyant l'exemple de MM. Rattier, Cullerier et Sarrhos, mais je me demande si les expériences qui ont été faites sur eux ou par eux, ont été convenablement faites, à une époque surtout où on ne se doutait pas de l'incubation longue, très-longue du chancre infectant (quelquefois un mois) ; ne se serait-on pas hâté de conclure trop tôt, le lendemain ? Enfin, en admettant que tout se soit passé comme on le dit, ne savons-nous pas que certains membres d'une même fa-

(1) *Annuaire de la syphilis*, Didans et Rollet, Paris, 1859.

mille sont réfractaires à l'opération vaccinale, même répétée à diverses époques? M. Fournier me paraît avoir traité tout cela un peu légèrement. Quant à cette éternelle histoire du nourrisson, sur laquelle M. Ricord est revenu dans sa treizième lettre, cette immunité, au moins très-exceptionnelle de la nourrice, qu'a-t-elle donc de si étonnant? Parce que les personnes qui donnent le sein ont en général la peau de cette région fine, facile à excorier, ne peut-il se rencontrer aucun sujet chez qui elle soit plus ferme et moins attaquable? Mais en somme, si à cause de la mauvaise interprétation qu'on leur a donnée, ce sont là des faits qui ont influencé l'opinion, surtout parce qu'ils partaient d'une bouche éloquente, je crois que la principale raison de l'erreur générale doit se trouver ailleurs. Ce qui a trompé le grand nombre, c'est l'oubli de la pathologie générale, de l'analogie pathologique. On ne pouvait, sous l'influence d'un enseignement qui n'a pas été sans gloire, on ne pouvait imaginer que, même alors que la syphilis secondaire se transmet, c'est encore par un chancre qu'elle débute. Cette tâche et cet honneur étaient réservés à un homme élevé en dehors de l'école du Midi, qui, par conséquent, n'a pas eu à se défendre contre un préjugé toujours cher aux disciples. Le chirurgien de l'Antiquaille s'en est acquitté, dans le mémoire déjà cité, avec un talent qui, sans dépouiller personne, eût pu être reconnu avec plus d'impartialité par M. Fournier. Quoique M. Ricord fût devenu tout d'un coup contagionniste, à un moment donné, était-ce une raison, pour ménager une transition un peu brusque, de mettre sous le boisseau tout ce qui n'était pas sien? Le chef illustre de l'école du Midi n'avait pas besoin de pareils moyens pour arriver à la postérité, et malgré les petites rancunes, malgré le puéril acharnement de l'hôpital Saint-Louis, M. Ricord, par les services qui restent de lui, et surtout par ses élèves, son éternel honneur, n'en restera pas moins une des illustrations de son temps.

Cependant l'élève de M. Ricord insinue dans sa thèse, p. 86, que plusieurs auteurs, Mahon, Bosquillon, Diday, avaient, avant

M. Rollet, cité des faits où l'adénopathie anillaire accompagnait l'ulcère du sein chez les nourrices. Il cherche ainsi en contant le fait en deux mots, et en affectant de ne pas discuter un mémoire qui eût pu lui servir de modèle, à enlever à M. Rollet l'honneur qu'il y a eu à trouver le premier, *l'explication* du phénomène de la contagion secondaire.

Sans doute les auteurs avaient remarqué, et depuis longtemps, que les nourrissons infectaient les nourrices.

En 1505, Jacques Catanée, médecin génois, écrivait dans son livre (*Tractatus de morbo gallico*) « Vidimus plures infantulos lactentes tuli morbo infectos, plures nutrices infecisse. »

En 1532, Nicolas Mana exprime aussi vaguement le même fait.

En 1754, Astruc (*Traité des maladies vénériennes*), Paris, troisième édition, tome II) énumère les causes des maladies vénériennes et dit :

« Par l'allaitement, soit qu'une nourrice gâtée allaite un enfant sain, car alors le lait qu'elle donne, étant infecté, communique la même infection au nourrisson ; *soit qu'un enfant gâté* tette une nourrice saine, parce qu'alors la salive de l'enfant, étant infectée et s'insinuant dans les mamelons poreux, porte avec soi le virus vérolique dans le sang de la nourrice. »

En 1775, Fabre (*Traité des maladies vénériennes*, Paris, page 15) s'exprime ainsi :

« La première partie qui est affectée est le mamelon, parce que la bouche de l'enfant l'imprègne d'une salive infectée. Il survient donc à cette partie d'abord une phlogose douloureuse, et ensuite de petits boutons qui se changent en ulcères ou chancres ; très-souvent les glandes des aisselles ou celles du cou se gonflent en même temps, etc. »

Bosquillon, cité par M. Fournier (*Traité de la gonorrhée virulente et de la maladie vénérienne*, de Benjamin Bell, traduction de Bosquillon, tome II, p. 620) :

« Si l'on donne, dit-il, un enfant infecté à une nourrice saine, on voit bientôt le mamelon de cette malheureuse se gonfler et

rougir, l'inflammation gagne l'aréole ; peu de jours apres il s'élève de petites vésicules, qui s'ouvrent et se transforment en ulcères qui ont tous les caractères de l'ulcère vénérien ; les glandes de l'aisselle s'engorgent. »

En 1810, Bertin (*Traité de la maladie vénérienne, chez les enfants nouveau-nés, les femmes et les nourrices*, Paris, 1810, p. 111) :

« Mais s'il est important, dit-il, de connaître la marche de l'affection communiquée par la nourrice à l'enfant, il n'est pas moins intéressant, en médecine légale et sous tous les rapports, de connaître les signes de la contagion transmise par l'enfant à la nourrice. Ces signes sont ordinairement : la tuméfaction et l'irritation du mamelon, l'érosion et le détachement de l'épiderme, des rhagades plus ou moins étendues, une rougeur d'une apparence plus ou moins érésipilateuse et présentant quelquefois l'apparence d'une dartre humide, des pustules ulcérées sur le sein, des engorgements des glandes anillaires et des glandes du cou, des ulcères à la gorge et aux amygdales. Enfin, si la maladie n'est pas arrêtée dans sa marche, on observe le développement de tous les accidents consécutifs et propres à la syphilis générale, quel que soit son mode de transmission. »

Je ne puis citer tout le monde, mais, pour en finir, à une époque plus rapprochée de nous, 1854, M. Diday, cité par M. Fournier (*Traité de la syphilis des nouveau-nés*, p. 292), dit encore :

« Rien n'est plus commun, que de voir chez les nourrices infectées par le sein, lesglandes lymphatiques de l'aisselle correspondante s'engorger ; la plupart des observations que j'ai vérifiées m'en ont offert un exemple. »

1855, M. Bouchut (*Traité pratique des maladies des nouveau-nés et des enfants à la mamelle*, Paris, 3e édition, au bas de la page 832), après avoir rapporté douze observations significatives de transmission de syphilis du nourrisson à la nourrice, conclut en disant :

« La syphilis congéniale peut se transmettre du nourrisson à la

nourrice, et c'est un devoir pour le médecin d'ordonner la séquestration des nouveau-nés syphilitiques. »

M. Bouchut n'en dit pas davantage sur la nature de l'accident transmis par le nourrisson. Il ne se pose même pas cette question, pas plus que ses prédécesseurs. Voyons, je le demande à M. Fournier, sérieusement, quel est celui de tous ces auteurs, y compris M. Diday qui, tout en constatant l'ulcération et l'adenite, symptômes du chancre infectant, se soit avisé d'y voir plutôt cette lésion qu'une ulcération secondaire?

C'est oui ou non, car la preuve est là. Comment se fait-il que tous ces observateurs, qui reconnaissaient sur le sein des nourrices le chancre infectant, n'aient pas su tirer parti de ce qu'ils voyaient? pourquoi n'en ont il pas fait profiter la médecine légale et l'hygiène publique de leur temps? la médecine légale invoquée par le plus explicite de tous, par Bertin!

Je ne discute nullement les observations antérieures, au contraire, plus il y en a, plus elles sont restées lettre morte pour tous les observateurs, et en particulier pour MM. Ricord, Diday et même pour M. Fournier, et plus il y a eu de mérite à éclairer les syphilographes contemporains.

M. Fournier, pour montrer la difficulté qui s'attache aux recherches de la contagion des accidents secondaires et qui peuvent induire en erreur le praticien, les résume (page 93) sous ce titre : *Exceptions possibles et prévues.* Il signale dans ce chapitre les erreurs résultant soit du diagnostic, soit d'un faux témoignage des malades, d'une pluralité de rapports, d'une contagion médiate, etc. On voit qu'il se place à un point de vue exclusif, celui de la contagion par les organes génitaux. Ce n'est pas tout, il signale encore deux sources d'erreurs importantes ; j'aurais certainement beaucoup à redire à propos de ces derniers conseils, mais il n'entre pas dans mon sujet de m'y arrêter.

Je me contente de faire remarquer que si les recherches ont paru si difficiles à M. Fournier, c'est qu'il s'est obstiné à prendre les observations parmi les adultes; s'il avait suivi la route que

M. Rollet avait tracée, sa tâche eût été moins pénible et plus profitable.

« Quelque soin qu'on apporte (dit notre maître) à l'étude de la contagion par les parties génitales, il reste toujours de l'obscurité dans les recherches, de l'incertitude dans les résultats; les lésions y sont souvent accumulées et confondues; l'acte lui-même pendant lequel se fait la contagion est secret s'il en fût, souvent inavoué, ou tout au plus connu sur parole. »

Nous ajoutons : aux organes génitaux les chancres infectants sont en minorité, de l'aveu des dualistes; la localité est donc mal choisie pour aller chercher des preuves de la contagion secondaire; c'est dans d'autres régions, le sein chez la femme, la bouche chez l'adulte en général : là les lésions sont mieux appréciables, la victime, au lieu de fuir la lumière, la recherche; il n'y a pas de honte pour elle à avouer son mal, la chose se passe au grand jour, quelquefois devant les tribunaux. C'est pour avoir choisi ses malades ailleurs, que M. Fournier a eu tant de difficultés à réunir onze observations, dont quatre seulement lui paraissent entourées de garanties suffisantes. De là l'importance qui s'attache au chancre du mamelon, toujours induré, et au chancre céphalique qui l'est si souvent qu'une illustre école l'avait érigé en précepte.

Avant que M. Ricord se fût rattaché à la doctrine de la contagion secondaire, il s'écriait que si les accidents secondaires étaient contagieux, la moitié au moins des chancres infectants proviendrait des accidents secondaires. — La prévision de M. Ricord se réalise chaque jour. M Rollet estime en effet à la moitié des chancres infectants que l'on observe, ceux de provenance secondaire. Quel résultat important et inattendu! une moitié des chancres infectants dont on dévoile tout à coup l'origine! Il y a donc, nous le répétons, le plus grand intérêt à étudier le chancre du mamelon et le chancre de la tête, parce que, provenant d'accidents secondaires dans l'immense majorité des cas, l'un et l'autre ne peuvent être qu'infectants. Ce n'est qu'exceptionnellement qu'un chancre simple peut se développer à la région céphalique, comme l'atteste le peu

d'observations qu'on en trouve dans le *Traité de l'Inoculation*, Ricord, 1838, p. 525 et 526. Et en effet, il est exceptionnel de rencontrer le chancre simple, de même que la blennorrhagie, dans le régions dont nous venons de parler, parce que sont aussi exceptionnels les rapports qui les y font naître.

Dans cette étude de la contagion secondaire, je n'ai pas accordé une importance majeure à la division que M. Fournier établit des ulcères secondaires en plats, creux, etc.; il m'a paru plus utile de signaler comme appartenant essentiellement à la contagion secondaire, la contagion par *le sang* des syphilitiques. Il y a depuis longtemps des observations, entre autres celle de Waller, dont M. Fournier aurait pu faire son profit et qui reste encore debout, malgré la bataille de Prague. Cette question de la contagion par le sang que je crois avoir suffisamment établie dans un mémoire récent (1), mérite d'être examinée ici : c'est elle qui nous explique la transmission possible de la syphilis par l'opération vaccinale, lors même que le sujet vaccinant ne présente pas trace d'accidents syphilitiques à venir ou déjà venus. Dans ce cas encore, c'est toujours par un chancre que la maladie débute. Nous étudierons donc dans autant de chapitres distincts :

Le chancre du mamelon,
Le chancre de la bouche,
Le chancre vaccino-syphilitique,
Le chancre produit par l'inoculation de l'accident secondaire ou par le sang.

A mesure qu'on avancera dans la lecture de ce travail, on se convaincra davantage que tous ces chancres divers par leur origine sont identiques, comme accidents primitifs et secondaires, aux

(1) De la syphilis transmise par la vaccination. *Arch. gén. de méd.*, juin-juillet 1860.

mêmes accidents du chancre infectant vulgaire. J'aurai soin en terminant de rappeler les débats que cette question a soulevés au sein de la Société de médecine de Lyon, à l'instigation de M. Langlebert, et de laisser le lecteur se prononcer sur le mérite de ce législateur *du lendemain*.

CHAPITRE II.

Du chancre du mamelon produit par la contagion des accidents secondaires.

On peut observer au mamelon, de même que dans toute autre partie du corps, toute espèce de chancre, le chancroïde et le chancre syphilitique. Le chancroïde, parce qu'il est inoculable à cette région, comme aux autres; mais c'est un accident qui est rare, exceptionnel, puisque M. Ricord n'a pu en observer que dix cas. Au contraire, les chancres syphilitiques s'observent souvent au sein, quelques-uns sont dus à la contagion syphilitique buccale de l'adulte; nous en citerons un exemple remarquable, mais ces cas encore sont exceptionnels; les chancres syphilitiques du mamelon, les plus nombreux, les plus communs, sont ceux qui procèdent de la contagion, de la syphilis buccale du nouveau-né. Or la syphilis du nouveau-né ne peut émaner que de deux sources : ou elle est acquise, ou elle est héréditaire. On ne peut nier la possibilité de la syphilis acquise, mais on peut soutenir que celle-ci est l'exception. Nous ne discuterons pas cette infection au passage dont on a fait tant de bruit, infection plutôt hypothétique que du domaine des faits; nous demanderons simplement à ceux qui la font valoir de lire les observations qui ont été rapportées, avant que la question fût envisagée comme elle l'est aujourd'hui, et de nous dire si de ce témoignage univoque, général, accablant, il ne résulte pas cette grande vérité que la syphilis infantile est, en général, héréditaire? Or, la syphilis héréditaire ne débute jamais par un accident primitif, les lésions les plus communes sont des plaques muqueuses aux lèvres et à l'anus. La clinique apprend que ces accidents qui surviennent à une époque plus ou moins éloignée de la naissance, sont essentiellement contagieux, que l'accident transmis a toujours sa place au point contagionné, et non ailleurs, que la lésion est

unique, et qu'elle a tous les attributs de ce que nous appelons le chancre induré, infectant.

La lésion du mamelon a été décrite ou du moins observée d'une manière plus ou moins claire par tous ceux qui ont admis la syphilis héréditaire :

Ambroise Paré, Astruc, Fernel, Bosquillon, Fabre, Bertin, Lallemand, Bardinet, Putégnat, Diday, Bouchut, etc.

Toutefois c'est M. Rollet qui le premier a trouvé dans la lésion transmise au sein des nourrices les caractères du chancre infectant, ulcération, induration, adenite multiple et indolente, défaut d'inoculabilité au malade. M. Rollet a non-seulement donné des observations où le chancre infectant est diagnostiqué, mais encore c'est le premier qui ait qualifié cette lésion de primitive, en opposition avec la lésion secondaire, dont elle procède; chose capitale en médecine légale, flambeau qui éclairera désormais tout médecin appelé à se prononcer devant les tribunaux sur des cas pareils. Aux observations que la science possède, je puis joindre les suivantes :

1re OBSERVATION.

20 décembre 1859. La femme C., âgée de 40 ans, mère de cinq enfants, tous bien portants, prend le nourrisson B.

Le 28, le nourrisson a une éruption générale pustuleuse sur tout le corps, puis plaques muqueuses à l'anus, à la bouche.

Le 21 janvier 1860, la nourrice voit venir au bout du sein gauche une ulcération ; cette ulcération s'étend.

Le 20 février, un mois après, cette ulcération arrondie a 3 centimètres de diamètre, les bords sont renversés, le fond est au niveau des bords, l'induration est on ne peut plus manifeste, adenite axillaire à gauche, indolente, grosse comme une noix, rien du côté opposé.

5 mars. Éruption papuleuse générale.

2e OBSERVATION.

La femme Y., 30 ans, de Sainte-Agrève (Ardèche), prend un nourrisson à Saint-Étienne (Loire), le 2 janvier 1859. Cet enfant présentait, à sa naissance, l'aspect d'un petit vieillard, mais sans taches, ni boutons, ni ulcérations sur le corps.

Un mois après, vers le commencement de février, le nourrisson eut une roséole, et à quelques jours de là, des plaques ulcérées à l'anus et à l'angle des lèvres; il mourut le 1er mars dans le marasme.

Le 15 mars, la nourrice s'aperçoit sur le mamelon gauche d'une ulcération légère, mais elle s'étend sans se creuser ; les bords ne sont pas décollés, ils se continuent avec le fond. Si on les presse entre les doigts, on sent une dureté élastique, l'ulcération ne dépassa pas un centimètre et demi de diamètre. L'adenite axillaire à gauche était manifeste, il y avait même sous le pectoral un ganglion engorgé. Rien du côté opposé.

Au mois de mai, roséole; bientôt après, plaques muqueuses à l'anus et à la vulve.

A la mort du nourrisson, cette femme qui avait beaucoup de lait et qui en était fatiguée se fit teter quelque temps par sa fille âgée de 10 ans, lorsque le 29 mars, sa fille s'aperçut qu'elle prenait mal à la bouche. En effet, un bouton ulcéré ne tarda pas à paraître sur la lèvre inférieure gauche, à un centimètre de la commissure, l'adenite sous-maxillaire fut si volumineuse que mobile au début, elle ne l'était plus dans son complet développement; l'ulcération était légère, mais l'induration ne laissait rien à désirer.

La mère et la fille subirent un traitement mercuriel et furent guéries le 15 juin. La fille n'a pas eu jusqu'à cette époque d'accidents constitutionnels.

3e OBSERVATION.

Un enfant nouveau-né, G. A., né d'un père qui s'avoue syphilitique, est confié, le 7 décembre 1859, à la nourrice P. 14 mois

auparavant, les parents de G. A. avaient eu un enfant qui mourut le 20e jour de sa naissance, avec des symptômes, qu'un médecin de Thoissey n'hésita pas à attribuer à la syphilis. Pour cette raison, il avait défendu de le donner à une nourrice.

La nourrice P., au moment où elle prit l'enfant G. A., avait un enfant de 7 mois qu'elle sevra et qui s'est toujours bien porté. Ce n'est pas tout, elle en avait déjà nourri 8, dont 4 à elle, et 4 étrangers, sans que jamais aucun de ces 8 nourrissons ne fût tombé malade. Ces 8 enfants se portent encore parfaitement bien aujourd'hui.

Peu de temps après le 7 décembre, c'est-à-dire le moment où la nourrice se chargea du nourrisson, les parties génitales de ce dernier se couvrirent d'exulcérations larges qui se généralisèrent rapidement, il avait surtout des plaques muqueuses ulcérées à l'anus et à la bouche.

La nourrice P. allaitait cet enfant depuis trois mois, lorsqu'au mois de mars 1860, elle s'aperçut qu'elle prenait mal au sein droit; 12 jours après; le sein gauche fut affecté et de larges ulcérations se manifestèrent des deux côtés, chacun des ulcères faisant le tour du mamelon était induré et une adenite axillaire double était évidente.

Trois semaines après que l'ulcération des seins eut acquis son développement, survint sur le corps une éruption papuleuse surtout confluente vers les parties génitales, l'enfant mourut à 4 mois. Le traitement mercuriel qui avait été institué ne fut pas suivi régulièrement; si bien qu'au mois de juin, c'est-à-dire 3 mois après le début des accidents, il n'y avait plus, il est vrai, que la trace des chancres caractérisés par une cicatrice légère, l'adenite axillaire n'était plus perceptible. Mais les symptômes secondaires, angine, plaques muqueuses à la bouche, aux amygdales, à l'anus, persistaient avec une certaine intensité.

4e OBSERVATION.

La femme Meunier, âgée de 35 ans, d'une bonne constitution, habitant la campagne, a reçu de l'hospice de la Charité, le 12 avril 1855, un enfant du sexe masculin, bien portant en apparence. Le 18 mai, il se déclare chez l'enfant un coryza purulent qu'il a conservé jusqu'à sa mort, et une légère ophthalmie qui a guéri au bout de quelques jours sous l'influence d'un traitement approprié, ordonné par un médecin.

Bientôt après apparaissent sur diverses parties du corps (fesses, lombes, bras, plante des pieds) des boutons assez volumineux, entourés d'une auréole rouge, et laissant couler à leur ouverture du *sang pourri*, pour me servir de l'expression de la nourrice. A part cette éruption, le nourrisson présentait des plaques blanches, un peu saillantes aux parties génitales et dans la bouche. Vers le 13 juin, grâce à un traitement régulièrement suivi, tous ces accidents avaient disparu, et la nourrice croyait l'enfant guéri pour toujours, lorsque le 20 juin de nouveaux boutons se développèrent sur diverses parties du corps; le nourrisson fut pris de fièvre et succomba le 28 juin.

Durant cette période de quarante jours que dura la maladie du nourrisson, la nourrice ne présenta aucune manifestation syphilitique; mais huit ou dix jours après la mort de l'enfant, elle aperçoit sur le sein droit une petite ulcération, qui bientôt s'accompagne d'une adenite axillaire. Cette ulcération a persisté six semaines ou deux mois, bien que la malade fît des pansements réguliers, et suivît un traitement interne sous la direction du médecin de son pays. Dans le courant de septembre, elle prit mal à la gorge, et un peu plus tard, survinrent des boutons aux parties génito-anales.

La malade voyant que ces accidents n'avaient aucune tendance à guérir, vient à Lyon et entre à l'Antiquaille, le 9 novembre 1855, salle Sainte-Monique, n° 12 (service de M. Potton).

On constate alors les symptômes suivants : à la base du mame-

lon droit, une petite cicatrice, peu indurée, trace du chancre, dans l'aisselle du même côté quelques ganglions un peu engorgés; état érythémateux de la gorge avec des plaques opalines sur les amygdales et les piliers du voile du palais, alopécie, adénopathie cervicale, à la partie inférieure de la nymphe gauche, plaque muqueuse peu saillante, à la surface plutôt rouge que rosée, de plus trois autres plaques muqueuses dans les plis rayonnés de l'anus. Pléiade inguinale double, aucune éruption cutanée. Inutile d'ajouter que la malade accuse le nourrisson de lui avoir donné la syphilis.

Soumise à un traitement antisyphilitique, la femme Meunier sort complétement guérie, le 21 février 1856.

Pendant que la femme Meunier suivait un traitement antisyphilitique pour des accidents secondaires, son mari entra dans le service de M. Rollet, avec un chancre manifestement induré de la rainure, avec pléiade indolente bi inguinale; plus tard se déclarèrent chez lui des accidents secondaires (plaques muqueuses, iritis). Il accusait sa femme de lui avoir transmis la maladie qu'elle tenait elle-même du nourrisson.

5e OBSERVATION.

La nommée Laperrière Claudine, âgée de 38 ans, entre à l'Antiquaille le 11 janvier 1860, salle Sainte-Véronique, n° 13.

En juillet 1855, cette femme, comme la précédente, habitait la campagne, avait pris comme nourrisson une petite fille de trois mois, ayant des plaies sur les fesses et la partie postérieure de la tête. Quinze jours s'étaient à peine écoulés, qu'il survint chez le nourrisson une éruption pustuleuse qui occupait la figure et divers points du corps. A sept mois de petites plaques blanches apparaissent dans la bouche de l'enfant. C'est alors que la nourrice prend mal aux deux seins; elle n'en continue pas moins l'allaitement; mais voyant que son nourrisson dépérissait de jour en jour, elle le ramène à Lyon où il meurt quelques jours après (fin décembre).

A son entrée à l'Antiquaille, nous constations les accidents suivants : sur le sein droit, deux cicatrices légèrement saillantes et indurées; une ulcération à fond grisâtre, à base indurée, existe sur le sein gauche. Dans chaque aisselle se trouvent quelques ganglions durs et indolents. L'isthme du gosier est rouge et granuleux. Une des amygdales est couverte de plaques opalines. Rien aux organes génitaux ni à l'anus. M. Potton ne mit pas en doute la nature syphilitique des accidents susmentionnés, et fit suivre à la malade un traitement spécifique qui amena assez rapidement la guérison.

On sera peut-être étonné que dans ces observations nous ne fassions pas intervenir le mari ou l'amant, comme le veulent certains auteurs. Nous nous attendons bien à rencontrer des incrédules, par cela même que nous n'avons pas visité les organes génitaux des pères nourriciers. Voyons cependant si ces précautions ont leur raison d'être, ou si plutôt elles ne sont pas illogiques? Que nous enseigne la clinique? C'est qu'un individu infecté ne peut pas prendre un second chancre induré. Si la nourrice est infectée, elle ressemble aux autres sujets syphilitiques, c'est-à-dire qu'un chancre ne peut plus être implanté sur aucune région de son corps; si donc elle prend au sein un chancre induré avec adenite axillaire indolente, etc., c'est que ni son mari, ni son amant, ni personne ne l'a encore infectée; donc il n'est pas besoin de visiter les organes génitaux du mari ni de l'amant, etc.

Je noterai dans la première observation que la largeur de l'ulcère transmis par l'accident secondaire était considérable.

Dans la 2e on remarque que la syphilis transmise à un enfant de dix ans ne l'a pas éprouvée beaucoup, tandis que beaucoup d'enfants syphilitiques de quelques mois meurent de la maladie. Pourquoi cette immunité si la syphilis infantile est plus terrible que celle de l'adulte? parce qu'un enfant de dix ans est plus développé qu'un nouveau-né, partant plus robuste, et par conséquent plus apte à supporter la maladie. Regardez si les adultes en meurent; c'est bien rare, la raison en est bien simple.

Quant à la 3e elle parle d'elle-même.

La 4e est surtout remarquable en ce sens, que le mari, qui s'était parfaitement bien porté tant que la nourrice, sa femme, n'avait eu que son chancre du sein, contracta un chancre induré de la verge à l'époque où la nourrice eut des plaques muqueuses à la vulve.

La 5e observation montre une nourrice arrivant à l'hôpital avant que les accidents secondaires soient développés. Elle n'a rien à la vulve. Et en effet quelle que soit l'époque où on examine les nourrices, on ne peut jamais y rencontrer d'accident primitif, une fois qu'on le constate au mamelon, donc cet examen n'est pas indispensable.

Donc, d'après les observations de chancre du mamelon que j'ai rapportées sommairement au 1er chapitre, et auxquelles j'aurais pu ajouter sans peine d'autres exemples, tirés, soit des journaux périodiques, soit des auteurs spéciaux (1), d'après aussi les observations nouvelles que je viens de rapporter, on peut dire que le chancre infectant du mamelon non-seulement ressemble aux autres chancres infectants par ses caractères physiques, mais aussi sous ce rapport qu'il est suivi au bout du même temps de la vérole constitutionelle. C'est pour cela que j'ai mis les observations anciennes sous forme de tableau, afin de rendre cette vérité plus saisissante. Oui, cette vérole est la même chez les nourrices et chez les adultes, et en vérité on ne sait pas sur quoi on se fonderait pour établir des différences entre la maladie donnée et la maladie reçue. Elle n'est pas plus grave chez les adultes parce qu'ils sont en général également robustes; mais entre la nourrice et l'enfant il y a nécessairement une différence dans la gravité, qui tient non au virus, mais à la différence de développement du nourrisson, qui, pour cette raison, supporte moins bien la maladie.

Le chancre du mamelon produit par la syphilis secondaire a les caractères généraux du chancre infectant; généralement il est unique, solitaire, quelquefois multiple, c'est l'exception; il affecte généralement la base du mamelon, mais ne s'éloigne pas trop de cet organe; quelquefois il affecte l'aréole, et très-rarement la peau

(1) Putegnat-Diday-Bouchut.

du sein, en dehors de l'aréole ; quelquefois aussi on l'observe sur le mamelon lui-même ; en général ce sont les parties du sein les plus exposées a se fendiller, à s'excorier, sous l'influence des efforts de succion exercés par le nourrisson, qui sont envahies par l'ulcération chancreuse. L'ulcération est généralement superficielle, comme du reste dans le chancre infectant en général, même alors qu'il provient de la contagion d'un accident primitif; quelquefois cependant elle est profonde: ainsi M. Rollet a cité des observations de chancres qui ont fait *le tour de la base du mamelon*, qui avaient les dimensions d'un *noyau de prune*, et moi-même dans l'observation de la femme C..., âgée de 40 ans, j'ai vu l'ulcère du mamelon avoir 4 centimètres de diamètre. Le fond de l'ulcère est tantôt grisâtre, pultacé, tantôt coloré en rouge, rouge foncé, lie de vin, comme du reste le chancre induré en général. Les bords sont rarement taillés en pic, et quelquefois même c'est le fond de l'ulcère qui proémine. L'induration est en général bien marquée, quelquefois chondroïde, d'autres fois simplement parcheminée. Il y a des observations où le caractère du chancre a persisté même après la cicatrisation de l'ulcère, en sorte qu'on peut dire que le sein est une des régions ou l'induration se formule le mieux. Quant à l'adenite, il faut la rechercher dans l'aisselle, quelquefois un peu au-devant de cette région, sous le grand pectoral : là on trouve toujours un ou plusieurs ganglions spécifiquement affectés, comme les ganglions de l'aine, dans le cas de chancre induré des organes génitaux. Ces chancres pourraient être confondus avec des aphtes, des fissures, des excoriations eczémateuses, en un mot avec les ulcérations simples qui peuvent affecter le mamelon et qui l'affectent souvent, chez les nourrices pendant la lactation.

Mais il suffit de prendre en considération, l'étendue, la forme, la couleur, la marche du chancre, pour éviter toute confusion; à plus forte raison, sera-t-on sûr du diagnostic, lorsqu'on aura constaté l'induration, qui est le signe véritablement pathognomonique de la maladie, et lorsqu'en présence d'une ulcération ayant ces caractères, on découvre dans la bouche du nouveau-né des ulcé-

rations ou plaques muqueuses, en un mot les signes habituels de la syphilis ; on peut se prononcer hardiment, même en présence des tribunaux. Ces questions de médecine légale sont plus fréquemment soulevées qu'on ne pourrait le croire, et en effet les nourrices infectées par les nourrissons syphilitiques sont toujours des nourrices mercenaires, ou celles qui, par occasion, allaitent des enfants étrangers.

Ces nourrices sont, à l'égard des nourrissons, comme des sujets vierges de syphilis en présence de la contagion syphilitique, c'est-à-dire qu'elles sont à peu près totalement vouées à la contagion. Au contraire, les mères allaitant leurs propres enfants syphilitiques, alors même que les enfants auraient des lésions syphilitiques confluentes à la bouche, ne contracteraient rien au mamelon ; si elles ont donné le jour à des enfants syphilitiques, c'est qu'elles-mêmes avaient la syphilis ; ayant la syphilis avant l'allaitement, elles ne peuvent pas la contracter pendant l'allaitement, ni même après, de même que nous voyons les individus syphilitiques réfractaires à l'inoculation du pus syphilitique primitif ou secondaire.

Cette remarque, qui a été faite la première fois par Colles, et qu'a si bien confirmée M. Clerc (1), a toute l'importance d'une loi, et explique, avec autant de simplicité que de vérité, certains faits d'immunité qu'on a cités contre le dogme de la contagion secondaire.

Parmi ces faits invoqués, je signale en particulier ceux de Cullerier à l'hôpital de Lourcine.

Tout ce que nous venons de voir dans ce chapitre nous permet maintenant d'apprécier un des faits les plus curieux que renferment les annales de la science. C'est une épidémie de syphilis observée par Joseph Raulin, à Nérac, en 1751 et 1752, et dont le point de départ fut un nourrisson qui eut successivement un grand nombre de nourrices.

---

(1) Communication à la Société de chirurgie, 3 octobre 1855, dont la première partie fut reproduite par la *Gazette des hôpitaux*, et la deuxième par l'*Union médicale*, 25 octobre 1855. Ancien interne de M. Ricord et syphilographe des plus distingués, M. Clerc, soutint que si le chancre infectant reste ordinairement solitaire, c'est que celui qui le porte est diathésé et pour cela ne peut en recevoir un second.

J'extrais l'observation intéressante qu'on va lire d'un petit livre in-12 imprimé à Paris en 1754, et intitulé : « Observations de médecine où l'on trouve des remarques qui tendent à détruire le préjugé où l'on est sur l'emploi du *lait* dans la pulmonie, etc., par M. Joseph Raulin, docteur en médecine et médecin ordinaire de la ville de Nérac, en la province de Guienne » (page 250).

L'observation a pour titre :

« Sur un mal contagieux qui a beaucoup de rapports avec la maladie des nègres appelée le pian, qui s'est manifesté à Nérac vers le commencement de juin de l'année 1752. »

OBSERVATION.

« La femme d'un commerçant de la ville de Nérac accoucha heureusement, au commencement du mois de novembre 1751. Elle donna son enfant à une nourrice qui le nourrit bien pendant six mois; au bout desquels, cette nourrice étant malade, une de ses voisines donna cinq fois le sein à ce nourrisson, qui dès ce moment se trouva incommodé; il maigrissait à vue; il lui sortit, en peu de jours, beaucoup de pustules aux cuisses.

« Les parents de cet enfant, le voyant déjà presque perdu, le retirèrent pour le donner à une autre nourrice. Cette dernière était à la campagne; cela leur donna occasion de le garder quelques jours chez eux; pendant ce temps-là, plusieurs femmes du quartier lui donnèrent le sein.

« Il paraissait déjà des pustules sur tout le corps de cet enfant; les unes suppuraient, mais fort peu; il en sortait une matière jaunâtre, cette matière était farineuse; et les autres se recouvraient d'une espèce de croûte de la même couleur. Ces pustules se multiplièrent tellement, surtout en certaines parties, au visage, par exemple, à la bouche, etc., qu'elles y formaient des croûtes presque continues; elles étaient corrosives; certains os en furent découverts. Il y en avait au cou, aux deux côtés de la trachée-artère, qui percèrent dans

l'intérieur, et l'enfant mourut. C'est là la relation que la dernière nourrice de cet enfant m'a faite.

« Pour moi, je n'ai pas vu des os découverts ni des ulcères profonds dans tous les malades que j'ai soignés.

« Toutes les nourrices qui avaient donné à teter à cet enfant s'aperçurent bientôt qu'elles avaient des pustules à leur sein, qui se répandirent ensuite dans tout le corps. Quelques-unes de ces pustules ne suppuraient pas; celles-ci se dissipaient quelquefois d'elles-mêmes, d'autres suppuraient, mais très-peu, comme celles de l'enfant, et d'autres enfin se couvraient d'une espèce de croûte jaunâtre; les enfants de ces nourrices furent en même temps infectés de la même maladie, avec les mêmes symptômes.

« On ne soupçonnait pas encore ce mal d'être contagieux; un nombre de nouvelles nourrices donnèrent de leur lait à ces nouveaux malades; elles furent à leur tour bientôt gâtées de même que leurs enfants. Enfin cette fâcheuse maladie a déjà tant fait de progrès (c'est à la fin du mois de décembre 1752), qu'on connaît, sans compter quelques hommes, plus de quarante femmes ou enfants qui en ont été attaqués ou qui le sont encore, sans y comprendre tous ceux et celles en qui le mal ne s'est pas encore manifesté, et d'autres que la honte empêche d'avouer qu'ils en sont atteints, à cause que le public le regarde comme une maladie vénérienne.

« Il était déjà mort deux enfants de cette maladie, lorsqu'on m'appela pour voir une petite fille âgée de huit mois, presque toute couverte de pustules; mais elle en avait aux cuisses, aux fesses et aux environs plus que partout ailleurs; elle en avait encore l'intérieur de la bouche rempli. Cette enfant était extrêmement faible, abattue et amaigrie; cependant elle n'avait pas le symptôme de fièvre. La mère, qui la nourrissait, avait le sein totalement gâté de pustules; elle ne pouvait plus le lui donner, elle fut obligée de la sevrer; elle en avait aussi en d'autres parties qui lui causaient, outre des douleurs inquiétantes, des démangeaisons continuelles.

Je vis en même temps deux autres enfants et leurs nourrices dans le même état; on m'assura, et j'ai reconnu ensuite par moi-

même, que toutes les nourrices et tous les enfants infectés étaient comme les premiers que j'avais vus, avec plus ou moins de pustules les uns que les autres, selon les différents temps où la maladie s'était manifestée, et selon les différents progrès.

« Les pustules étaient généralement circulaires, dures, et un peu calleuses; celles qui étaient couvertes de leur peau restaient les mêmes, mais celles qui se couvraient d'une espèce de croûte se consommaient en partie, et en certains endroits il ne paraissait qu'une espèce de croûte jaunâtre qui s'était formée de plusieurs pustules; les enfants qui étaient dans cet état étaient comme mourants. »

L'auteur ajoute qu'il traita les enfants par une pommade mercurielle qu'il faisait étendre sur des linges fins, et dont on recouvrait les parties ulcérées; qu'au bout de trois jours on voyait déjà une amélioration : « On appliquait de ces linges, dit-il, p. 256, aux fesses, aux cuisses des enfants, et là où il y avait le plus de pustules : dans deux ou trois jours ils étaient soulagés; peu à peu les pustules et les croûtes se dissipaient, et en quinze jours ils paraissaient guéris; ils avaient déjà repris toute leur gaieté et leur embonpoint, ils se rétablissaient à vue. Les pustules et les croûtes des nourrices se dissipèrent aussi par le même moyen, mais il leur fallait un peu plus de temps. »

L'auteur de l'observation qu'on vient de lire, Joseph Raulin, ne voit pas dans cette maladie la vérole, il y voit une analogie avec le pian; nous n'avons pas à le suivre sur ce terrain. M. Auzias (*loc. cit.*), qui a indiqué le fait, pense que la maladie observée par Raulin était syphilitique. Il est vrai que l'inventeur de la syphilisation ne donne pas un mot de détail sur la lésion transmise. Nous pensons aussi que l'épidémie dont on vient de lire la relation était une épidémie de syphilis; mais fort des observations anciennes, des observations nouvelles, de l'étude de la marche de la maladie, et de l'étude des symptômes, nous ferons un pas de plus; nous dirons : quels ont été les sujets infectants, quels, les infectés, et les diverses lésions que les uns et les autres ont présenté. C'est donc avec l'assu-

rance d'être dans le vrai que nous donnons l'appréciation suivante :

L'enfant né en novembre 1751 était syphilitique lorsqu'on l'a remis à sa première nourrice; car, c'est par une ulcération au sein que la maladie a commencé chez la première nourrice comme chez les autres. Or, si la première nourrice eût transmis la maladie, elle eût été syphilitique elle-même, et n'eût pu par conséquent recevoir sur le sein un second chancre infectant. Donc, si la nourrice a eu d'abord un chancre infectant, ce chancre ne peut lui avoir été donné que par son nourrisson. La voisine, c'est-à-dire la deuxième femme qui nourrit l'enfant, ne lui donne le sein que cinq fois, par conséquent, un jour ou deux au plus. Elle aussi prend une ulcération du sein primitive ; c'est encore la même chose, même raisonnement que plus haut. Mais quand on ignorerait cette circonstance, ce fait seul que le nourrisson a eu au même moment une éruption générale (*beaucoup de pustules sur les cuisses*), montre que la voisine n'a pas pu l'infecter : car, si elle l'eût infecté, elle lui eût transmis un accident local et non une éruption générale d'emblée. Pour les femmes qui ont succédé, quoi de plus clair ? D'un côté, un enfant syphilitique, avec des accidents secondaires suppurants de la bouche; de l'autre, des sujets vierges de syphilis, des nourrices saines. N'y a-t-il pas dans ce nombre même quelque chose d'imposant? Pas une n'échappe, et chez toutes, ce ne sont pas des accidents variés ; non, c'est toujours la maladie commençant par son commencement, le chancre se développant au point contagionné, et non ailleurs, suivi chez tous les sujets de syphilis constitutionnelle avec une régularité telle qu'elle en impose à l'auteur, qui s'écrie, malgré l'efficacité du traitement mercuriel : Non, ce n'est pas la syphilis, la syphilis est un Protée, et j'ai sous les yeux, chez tous, une marche comme mathématique.

Ainsi donc, pour le premier enfant, né en novembre 1751, pas de doute : un enfant syphilitique a transmis la vérole à toutes ces nourrices, et chez toutes la maladie a commencé par un chancre au mamelon.

Nous n'avons nul besoin pour diagnostiquer le chancre infectant d'en voir tracés tous les caractères physiques ; la connaissance de la marche est suffisante pour se prononcer. Cependant je remarque que l'accident transmis est un ulcère dur, calleux, suppurant peu, caractères ordinaires au chancre infectant.

Avançons. Les enfants des nourrices furent infectés ; qu'eurent-ils ? des chancres infectants des lèvres, provenant du chancre infectant du mamelon. L'auteur ne note pas ce chancre spécial aux lèvres. Cependant les choses n'ont pu se passer autrement, puisque, quel que soit l'accident syphilitique qui transmette la maladie, c'est toujours par le chancre primitif que celle-ci débute.

Mais voilà que les enfants sont allaités par d'autres personnes que leurs mères. Qu'ont reçu ces nouvelles nourrices ? évidemment des chancres infectants, puisqu'on ne peut recevoir autre chose tout d'abord ; cependant les enfants ont pu les communiquer, suivant l'époque soit par un chancre induré de la bouche, si c'était au début, soit par un accident secondaire buccal plus tard. Le traitement employé vient, outre l'étude des symptômes et celle de la marche de la maladie, chez tous, s'ajouter aux autres preuves qui démontrent que c'était bien à la syphilis qu'on avait affaire. Telle est notre manière de voir.

Nous aurions pu être certainement plus explicite, mais ces quelques remarques suffisent pour montrer que cette observation vient confirmer tout ce que nous connaissons sur cette grande question de la syphilis du nourrisson et de la nourrice. Elle montre aussi que, dans des circonstances spéciales comme celles-ci, un nourrisson peut, comme la lancette du vaccinateur, être l'origine d'une véritable épidémie.

CHAPITRE III.

Du chancre de la bouche produit par la contagion des accidents secondaires.

Nous venons de voir que le chancre du mamelon était presque toujours induré et que ce chancre induré, infectant, provenait presque toujours d'une lésion secondaire. Le chancre de la bouche, chez l'adulte, est l'analogue du chancre du sein chez la femme. Ce chancre céphalique, et j'entends plus particulièrement par là le chancre des lèvres, de la langue et des amygdales, est exceptionnellement un chancre simple. De tout temps on a décrit des lésions syphilitiques à la bouche, Boerhaave, au rapport de M. Buzenet, avait remarqué que ces ulcères des lèvres exposaient à des accidents plus dangereux que les autres ; cependant rien de précis n'avait été formulé à cet égard, lorsque, dans ces dernières années, simultanément à l'Antiquaille et à l'hôpital du Midi, on fut frappé des caractères particuliers que présentaient les lésions primitives : aux organes génitaux, blenorrhagie, chancroïde et chancre infectant, ce dernier en minorité ; à la bouche et dans toute la région céphalique, presque exclusivement le chancre induré. D'où vient cette différence ? Les partisans de l'unicité, M. Ricord à leur tête, répondent que le chancroïde ne se développe pas à la tête, parce qu'il s'y transforme en chancre infectant, parce que le chancre simple subit là une transformation qui tient au siége ; il y a quelques années, cette transformation était attribuée aux tempéraments.

M. Diday avait admis, lui, un caprice du virus chancroïdien, qu'il comparait à celui qu'aurait l'acarus, en ne venant jamais creuser son sillon sur la face.

La clinique et l'expérimentation s'opposent également à l'admission de l'une ou l'autre de ces hypothèses. Au point de vue expérimental, M. Rollet, à l'Antiquaille, M. de Huchenet (*Gaz. méd.*,

mars 1858), M. Fournier (*Étude sur le chancre céphalique* 1858) (1) ont inoculé à la tête le chancre simple avec la plus grande facilité, je l'ai fait moi-même plusieurs fois à l'apophyse mastoïde et à la région temporale. Bien plus, comme le chancre infectant n'est pas inoculable au malade lui-même, il y a un moyen certain de savoir à quoi s'en tenir sur cette prétendue propriété inhérente qu'a la tête de transformer tout chancre simple céphalique obtenu par une première inoculation. Cette expérience peut être faite chaque fois avec le même succès. Ainsi donc, le chancre simple non-seulement s'implante à la tête de par l'expérimentation, mais encore il conserve dans cette région, de même qu'ailleurs, sa propre individualité.

On a dit que ces inoculations de chancre simple à la tête forçaient la porte et ne pénétraient là que violemment, qu'il n'y avait pas d'analogie entre ces inoculations et celles qui se font naturellement. En vain M. Bassereau a répondu par des observations, où l'inoculation avait été faite artificiellement, il est vrai, mais dans des conditions si rapprochées de la contagion naturelle qu'elles méritaient d'ébranler les incrédules. Cet auteur profita d'excoriations produites sur les lèvres, pour y passer une barbe de plume imprégnée de pus de chancre simple, et le chancre simple se reproduisit; mais si on se refusait encore à reconnaître l'existence clinique des chancres simples siégeant à la tête, pourquoi n'invoquerions-nous pas les faits cliniques, puisque la science en possède?

En effet, j'ouvre un livre de M. Ricord, Paris 1838, in-8. *Traité pratique des maladies vénériennes, ou recherches critiques et expérimentales sur l'inoculation appliquée à l'étude de ces maladies;* et je trouve d'une part, à la page 525, dans un tableau intitulé : *Tableau des inoculations pratiquées dans le service des hommes, de* 1831 *à* 1837. — Syphilis primitive; chancres à la période ulcérative ou de progrès : trois chancres des lèvres et un de la gorge, en tout quatre chancres chez les hommes. Ces quatre chancres ont été

1. J'allais oublier ici le savant et modeste M. Brassereau, qui depuis 1852 a fait faire à la science un pas de géant.

inoculés, et, comme dit l'auteur, ont produit la pustule caractéristique. Ce n'est pas tout; en tournant le feuillet, on arrive à la page 526, intitulée : *Tableau des inoculations pratiquées dans le service des femmes, de* 1831 *à* 1836, et on trouve également consignés six chancres céphaliques, dont quatre des lèvres et deux de la gorge, dont le pus inoculé a produit *la pustule caractéristique.* — Qu'est-ce donc que des chancres des lèvres et de la gorge qui, inoculés, reproduisent la pustule caractéristique? Ce sont des chancroïdes, des chancres mous, des chancres simples, des chancres qui ne donnent pas la vérole. Ainsi donc, voilà un résultat annoncé en 1838, à une époque où personne ne songeait à être dualiste. J'ai cherché les détails de ces dix observations dans le livre de M. Ricord : elles n'y sont pas racontées, mais le fait lui-même ne saurait être mis en doute, puisqu'il est annoncé par M. Ricord, dont tout le monde connaît la probité scientifique. En conséquence, il y a au moins dans la science dix cas de chancres mous céphaliques, observés sur les deux sexes, dont sept des lèvres et trois de la gorge, qui ont été contractés naturellement et, qui plus est, ont fourni par l'inoculation la pustule caractéristique.

M. Fournier(1) et son ami, M. Buzenet(2), auraient pu être plus au courant des écrits de leur maître.

Ainsi, nous concluons que le chancre simple céphalique est rare cliniquement, excessivement rare, mais de là à nier son existence clinique, il y a un abîme; il ne faut donc plus invoquer une immunité spéciale de la région céphalique pour le chancre simple, mais chercher l'explication de cette énigme.

Je ve veux pas nier les rapports anormaux, mais ces rapports, à Paris comme ailleurs, doivent être l'exception. M. Buzenet (*loc. cit.*) sur 20 observations de chancres de la bouche, qu'il rapporte dans sa thèse, n'a pu obtenir des aveux de la moitié environ de ses malades, des n 3. 4. 5. 7. 8. 11. 12. 13. 14. Et pour comprendre

(1) Étude sur le chancre céphalique, 1858.

(2) Thèse inaugurale, Paris, 1858.

combien le *chancre infectant* de la bouche a de chance pour être produit par un accident secondaire, il n'y a qu'à se rappeler les preuves de cette contagion, et aussi combien entre adultes sont fréquents les rapports de bouche à bouche. Rapports directs : « il y en a de toutes sortes (dit M. Rollet, *loc. cit.*) ; les uns sont des témoignages d'amitié ou d'un sentiment plus vif qui prolonge et multiplie les contacts; d'autres, infiniment plus rares, mais dont nous citerons un exemple, sont des actes de férocité brutale qu'on n'avait signalés jusqu'à ce jour que dans la transmission de la rage. Je rapporterai plus loin un exemple de transmission de la syphilis bouche à bouche par l'entremise d'un tube à souffler les bouteilles chez les ouvriers verriers. Ce mode de transmission m'a vivement frappé, car il soulève une question d'hygiène publique, surtout dans les départements du Rhône et de la Loire, où plusieurs milliers d'ouvriers travaillent à cette industrie. J'ai pris des renseignements auprès de mes confrères de Rive-de-Gier, le pays des verriers par excellence, et tous m'ont répondu qu'ils avaient vu souvent la syphilis se transmettre ainsi. Mais, surtout, les fonctions que remplit la bouche n'ont-elles pas fait inventer une foule d'instruments usuels, qui, dans certaines classes sociales surtout, passent souvent, sans lavage préalable, d'un individu à un autre? Nous citerons l'exemple d'une dame qui avait l'habitude de porter à sa bouche la cuiller de sa cuisinière, et qui contracta ainsi la syphilis. Combien de faits de ce genre ne peuvent-ils pas se reproduire dans les ateliers, dans les gargotes, dans les casernes, dans les prisons, où la même cuiller, le même verre, le même bidon, la même pipe, passent si souvent d'une bouche à l'autre, avec le sans-façon d'une dangereuse camaraderie. Ainsi donc, la bouche, qui est le principal foyer de la syphilis secondaire, doit être aussi, vu la fréquence des rapports de bouche à bouche, le grand réceptacle du chancre infectant provenant de la contagion de la maladie, arrivée à cette période, et naturellement transmise. Ces rapports normaux sont assez naturels, assez nombreux, assez journaliers, pour que nous soyons déjà préparés à voir sans étonnement le résultat de la statistique

des chancres buccaux : celle-ci n'admet pas moins de quatre chancres de la bouche pour cent chancres indurés, distribués dans les autres régions (Fournier), proportion énorme que les rapports anormaux seuls n'expliqueraient pas. »

« Y a-t-il donc (*loc. cit.*) de la bouche à la bouche, entre adultes, des rapports assez naturels, assez fréquents, pour faire de cet organe le principal réceptacle du chancre infectant, qui résulte de la transmission des accidents secondaires? Et s'il est vrai que la bouche soit le grand foyer de la syphilis secondaire, de ce foyer part-il donc deux principaux rayons, l'un chez le nouveau-né, qui porte la maladie au sein de la nourrice; l'autre chez l'adulte qui le porte entre individus à l'organe similaire, c'est-à-dire à la bouche elle-même? Il suffit de réfléchir un instant à nos mœurs, à nos habitudes, aux fonctions de la bouche et aux intermédiaires communs que nécessitent ces fonctions, pour voir si en effet il en est ainsi et qu'il serait impossible qu'il en fût autrement. Nous le verrons tout à l'heure, l'organe qui entre adultes a le plus de rapport avec la bouche est la bouche elle-même; les rapports sont de tous les jours, tantôt directs, tantôt indirects ou par intermédiaires. »

« A ce point de vue, la bouche, chez l'adulte en général, est donc comparable au mamelon chez la nourrice. Qu'en résulte-t-il? Évidemment il doit en résulter à la bouche comme au mamelon une grande prédominance du chancre infectant. »

« On doit trouver à la bouche quelques cas rares de chancres simples et même de blennorrhagie; mais un nombre considérable, une très-grande proportion, une majorité compacte de chancres infectants et surtout de chancres produits par la contagion des accidents secondaires. »

Nous venons de voir dans quelle mesure les contacts bouche à bouche, directs et indirects, pouvaient rendre raison de la fréquence de la contagion de la syphilis secondaire par la bouche. Les chancres ainsi produits peuvent affecter tous les points de la cavité buccale, mais spécialement les lèvres, la langue et les amygdales. Ces chancres infectants ont toujours été regardés comme des types par

M. Ricord, et c'est justement ce caractère qui en a imposé si longtemps à l'éminent syphilographe. Après avoir signalé la cause la plus fréquente du chancre à la bouche, un mot sur ses caractères; le tableau suivant dû à M. Fournier, comprenant 77 observations, et aussi celui dû à M. Buzenet, donneront une idée du siége et de la fréquence.

	Hommes.	Femmes.
Chancres de la lèvre supérieure. . . .	22	4
id. de la lèvre inférieure. . . .	20	7
id. de la langue.	9	3
id. des commissures.	6	1
id. du palais.	1	
id. de l'amygdale.	1	
id. des gencives.	1	
id. du sillon gingivo-labial. . .	1	

M. Buzenet a cité, page 13 de sa thèse, les résultats qui lui sont personnels, les voici :

Chancres de la lèvre supérieure. . . .	8
id. de la lèvre inférieure. . . .	9
id. de la langue.	3
id. de la commissure.	1

Ainsi donc, c'est sur les lèvres le plus généralement et à peu près également sur la lèvre supérieure et inférieure que se rencontrent les chancres. Comme nous ne nous occupons pas ici spécialement du chancre de la bouche et que l'étude de cette lésion n'entre dans ce travail que comme appendice, on ne s'attendra pas à trouver des détails sur les caractères que présente le chancre buccal dans chacun des points où il peut s'implanter. Je ne veux signaler ici que les caractères principaux du chancre en plein développement et tel qu'il se rencontre sur son siége le plus fréquent, la lèvre, renvoyant pour les détails à la thèse consciencieuse de M. Buzenet.

Le chancre est solitaire comme en général les chancres indurés, au point de vue de l'ulcération, si des applications irritantes ne l'ont

pas défigurée ; elle est ovalaire dans le sens transversal, superficielle, comme écorchée, dernier caractère du reste, dont il ne faudrait pas faire l'apanage du chancre des lèvres, car il est fréquent dans le chancre induré de la verge. Le fond est au niveau des bords, ceux-ci ne sont pas en général taillés à pic, ni décollés, parce que ces deux caractères sont le propre du chancre simple, la sécrétion est peu abondante, la surface rosée.

L'induration est ordinairement extrêmement épaisse, elle peut être aussi parcheminée.

L'adénopathie du chancre buccal ne diffère pas de l'adénopathie qui accompagne le chancre de la verge; elle peut être double, mais, dans ces cas, plus prononcés du côté où se trouve le chancre; dans les chancres des autres parties de la bouche autres que les lèvres, elle occupe des siéges différents correspondants aux ganglions dont les vaisseaux lymphatiques sont ulcérés.

Pour la lèvre supérieure, ce sont les ganglions sous-maxillaires postérieurs, pour la lèvre inférieure, les ganglions sous-maxillaires antérieurs. Je renvoie, pour plus de détails et pour ce qui concerne l'adenité des chancres des autres parties, à la description qu'en a donnée M. Buzenet, p. 23.

Cette adénopathie sous-maxillaire est caractérisée par une tumeur dans les régions des ganglions, dure, indolente, mobile sous le doigt, mais quelquefois assez grosse pour que cette mobilité ne soit pas évidente. Là comme ailleurs, et exceptionnellement, une irritation locale peut enflammer l'organe, mais le pus qui en résulterait ne serait pas inoculable.

L'adénopathie est précoce. — A la période d'état, les symptômes du chancre buccal, serviront presque toujours avec les antécédents pour poser le diagnostic.

Il n'entre pas dans mon sujet de parler du diagnostic différentiel avec les divers accidents syphilitiques ou non syphilitiques, qui peuvent le simuler. Mais un point sur lequel il m'a paru bon d'appeler l'attention est le suivant : au point de vue du pronostic, il va de soi, que le chancre induré de la bouche est suivi comme les

autres de la vérole constitutionnelle dans le délai voulu, comme le démontrent les observations anciennes et les nouvelles que nous faisons connaître.

La première est relative à deux ouvriers verriers, la voici :

1re OBSERVATION.

En 1853, deux individus travaillaient à la verrerie de M. L..., à Rive-de-Gier. Julien R..., âgé de 21 ans, et son cousin R..., père de famille, ouvrier.

R.... Julien est employé comme *grand garçon* dans la verrerie, et en cette qualité de *grand garçon*, il est obligé de souffler dans la *canne*, *toujours avant l'ouvrier*.

J. R..... était, en 1853, porteur d'une vérole constitutionnelle caractérisée par une roséole : plaques muqueuses aux amygdales, adenite arvicele postérieure, plaques muqueuses à l'anus et sur les lèvres.

R..., *l'ouvrier*, était sain, lui, sa femme et ses enfants, lorsque quelque temps après l'apparition des plaques muqueuses de J. R..., R..., l'ouvrier, se plaignit d'avoir mal à la lèvre ; examiné à cette époque par M. le docteur Hervier, médecin à Rive-de-Gier, ce médecin constata la présence d'une ulcération à la lèvre inférieure, vers la commissure gauche; cette ulcération ne tarda pas à s'accompagner d'une adenite sous-maxillaire indolente. Cette ulcération traitée par les mercuriaux a guéri en trois semaines, mais au bout de ce temps apparut une roséole syphilitique, et deux mois après un echtyma syphilitique.

Le traitement dura cinq mois. Guérison; pas de récidive.

J. R..., le sujet infectant, a guéri en six mois.

M. Diday a vu R.... l'ouvrier, c'est-à-dire le sujet infecté en 1853.

On appelle *canne* l'instrument dans lequel le premier souffleur (*le grand garçon*) souffle le premier. C'est ce tube qu'il passe à celui qui fait la deuxième façon et qu'on appelle *l'ouvrier*.

2e OBSERVATION.

En 1859, H. C..., âgé de 40 ans, contracta un chancre induré vers le milieu du mois de juin; ce chancre qui avait présenté tous les attributs du chancre infectant, était cicatrisé depuis quelques jours, lorsque le malade se présenta de nouveau, avec une belle plaque muqueuse de la lèvre supérieure. Ce malade qui n'avait pas eu de rapport sexuel avec sa femme depuis les rapports dans lesquels il avait gagné son chancre, ne se privait pas de l'embrasser sur la bouche. Celle-ci contracta au mois d'août deux chancres à la fois un sur la lèvre supérieure, l'autre sur la lèvre inférieure près de la commissure gauche, les plaies étaient exulcérées, saillantes, d'une dureté chondroïde, une adenite sous-maxillaire grosse comme une noix se manifesta douze jours après. Cette femme fut soumise immédiatement au traitement par le protoïodure, néanmoins, trois semaines plus tard, elle présentait des signes non équivoques d'accidents secondaires, consistant en une roséole syphilitique, puis plaques muqueuses sur les piliers du voile du palais.

Un des enfants s'étant servi de la cuillère de sa mère, au moment où elle avait des plaques ulcérées de la gorge, prit un chancre infectant de l'amygdale droite, qui fut suivi de symptômes constitutionnels. Cet enfant était âgé de 7 ans et robuste.

Le frère de celui-là, prit aussi la syphilis, mais je n'ai pu me procurer sur lui aucun détail.

CHAPITRE IV.

Du chancre vaccino-syphilitique et des phénomènes consécutifs.

J'ai déjà énoncé aux généralités de mon premier chapitre cette vérité, que le sang des syphilitiques est contagieux. Jusqu'à présent on n'avait formulé sur ce point que des hypothèses. Je crois avoir justifié cette manière de voir en montrant dans mon mémoire que le sang est contagieux dans toutes les maladies virulentes, et qu'au seizième siècle, de même que de nos jours, la lancette avait pu transmettre la syphilis comme d'une manière épidémique, soit au moyen de ventouses, soit au moyen de l'opération vaccinale. J'ai apporté, je crois, dans cette appréciation, des preuves nombreuses à l'appui de cette opinion; je ne puis y revenir ici avec détails ; je me contente de les rappeler, en renvoyant aux sources. Les expérimentateurs dont les noms suivent ont trouvé le sang contagieux dans toutes les maladies virulentes que voici :

Épizootie. — Anonyme de Brunwsick, 1763 (*Gaz. méd.* Paris, 1852, p. 730).

Clavelée. — Expérience de Lebel (société centrale de médecine vétérinaire, séance du 20 novembre 1846).

Sang de vache. — Expérience de Rayer, 26 juin 1850, insérée dans la *Gazette médicale de Paris*, 1850, p. 788. Expérience de Barthélemy 1823, de Voyer, Manoury, Boutet, Davaine.

Morve. — Injection. — Expérience de Colemann, cité par Delabère-Blaine (*Not. fond. de l'art. vét.*, tom III, page 217).

Id. — Renault d'Alfort (*Bulletin de l'Académie de médecine*, 7 février 1843).

Id. — Inoculation. — Expérience de Guyon (*Revue Médicale*, septembre 1845 p. 48). Égic Viborr. (*Guide pour reconnaître et traiter les maladies dites gourmes-farcin et morve*).

Charbon. — Gilbert (*recherches sur les causes des maladies charbonneuses*, Versailles, an III, p. 11. Expérience de M. de Lafond au Rosel (Somme).

Rage. — Expérience d'Eckel, directeur de l'Institut vétérinaire de Vienne (Autriche). Inoculation, 13 novembre 1841, pas de résultat jusqu'au 29 janvier 1842, ce jour-là, inoculation; résultat 1er avril 1842 (*Recueil de médecine vétérinaire pratique*, tom IV, 3e série).

Variole. — Inoculation. — Luigi Sacco (*Giom. per. serv. ai progressi*, janvier 1849).

Id. — *Dictionnaire de médecine* en XXX vol., p. 578.

Rougeole. — Home, d'Édimbourg, 1758.

Id. — Speranza, à Milan 1822 (*Bibliotheca italiana*, août 1825).

Id. — Mikaël de Katona, (revue des journaux allemands, *Gaz. méd.* de Paris, 1843, p. 401).

Diphtherite. — Observations relatives au docteur Loreau et à M. Baudry, externe des hôpitaux de Paris (*Union médicale*, 7 juillet 1859).

Peste. — Expérience de Lachèze (*Gaz. méd.* Paris 1846).

Ainsi, le sang est contagieux dans les maladies virulentes; il l'est dans la syphilis, qui est une maladie virulente par excellence, déjà Annibal Omodei le pensait. M. Levrat aîné raconta à ses collègues de la société de médecine de Lyon (séance du 17 juillet 1848), qu'il avait vu déjà plusieurs fois la syphilis être transmise au moyen de l'opération vaccinale, que, dans tous ces cas, la lancette des vaccinateurs avait amené du sang, et que pour lui c'était le sang du sujet vaccinant qui avait infecté dans tous les cas. Il cita en particulier l'exemple d'un enfant qui avait gagné la vérole par ce moyen, et qui avait guéri par les mercuriaux. Mais l'expérience de Waller, de Prague, la 2e de ce syphilographe que nous allons bientôt rapporter, va confirmer ce fait d'une manière éclatante.

En 1856, le secrétaire de l'association de médecine du palatinat, communiqua à cette compagnie le résultat sommaire des expé-

riences faites par un de ses collègues, d'où il résulte que sur neuf individus inoculés avec le sang, trois le furent avec succès, et ceux-là seulement où une large surface absorbante avait été frictionnée.

Enfin, en 1859, le sang d'un syphilitique me paraît encore avoir produit un chancre entre les mains de M. Gibert. Nous reviendrons là-dessus ultérieurement.

De tout ceci, je conclus que le sang est contagieux dans la syphilis comme dans toutes les autres maladies virulentes, et que, sous ce rapport, elle rentre dans la loi commune, ce qui est parfaitement conforme à l'enseignement de la pathologie générale.

Ce n'est pas tout, les expériences montrent que le sang est contagieux lorsqu'on le prend sur des sujets portant sur le corps, au moment de l'inoculation, certaines lésions secondaires. Mais en doit-il être de même, si les symptômes ne sont pas apparents?

Et d'abord, que nous montre la clinique? c'est que des individus ayant eu la vérole peuvent avoir des enfants syphilitiques. J'ignore dans quelle limite, je l'accorde, mais le fait n'en existe pas moins, et j'en prends acte. Le nourrisson qui infectera un mois plus tard la nourrice, et qui en naissant n'a rien, absolument rien en apparence, n'est-il pas la preuve de ce que j'avance? Si un individu n'ayant pas trace d'accidents (et je parle surtout des femmes en ce moment) peut engendrer et engendre ordinairement des enfants syphilitiques, il faut donc que la diathèse ne soit pas éteinte. Tout comme un individu à tempérament scrofuleux et n'ayant cependant pas trace de la maladie, ou en ayant eu, peut engendrer un enfant qui aura des manifestations scrofuleuses héréditaires à un moment donné. Ce syphilitique, ce scrofuleux, sont en puissance de diathèse, comment veut-on que le sang, qui est la chair coulante, comme on l'a dit, n'en soit pas imprégné? Des faits pareils appartiennent à l'histoire de l'incubation.

C'est justement ce fait qui explique contrairement à l'argumentation de M. Fournier, page 42 de sa thèse, que le chancre mou d'un syphilitique, qui n'a plus de traces de la maladie depuis deux

ans, par exemple, puisse néanmoins donner un chancre induré. En effet, que faut-il pour cela? Deux choses.

1° Une éraillure sur l'organe qui va être infecté, sa possibilité sur une peau fine et lisse n'est pas contestable pendant l'acte génésique.

2° Une éraillure encore plus facile du chrancre mou que porte le sujet infectant, puisque la surface de cette ulcération est molle, fongueuse, ulcérée. Une goutte de sang dans ces circonstances peut donc en sortir et suffire pour que l'inoculation naturelle ait lieu, et que partant, l'infection se produise.

Si j'avais le temps, j'aurais vraiment trop beau jeu à discuter la thèse de M. Fournier. Il me suffit ici de donner l'explication de son erreur, chacun la comprendra, il en fera profiter sa 2e édition.

J'ai hâte d'arriver aux observations qui démontrent la transmission de la syphilis par l'opération vaccinale. Je commence par les faits du professeur Gaspard Cerioli qu'on trouve pour la première fois dans le livre du professeur Barbantini, de Lucques (*Del Contagio venereo*) en 1821. Ils ont été de nouveau publiés en 1824 dans le tome XIX des (*Annali universali di medicina compilati da Annibale Omodei*, tome XIX, Milan 1824). Enfin, en 1845 (*Revue médicale*, tome III, p. 51), M. Lepileur les cite brièvement en critiquant assez sévèrement M. Cerioli. Le professenr de Crémone répondit aux objections de M. Lepileur et de Camberini, le 29 juin 1846, sous forme de lettre qu'il adressa au docteur Luigi Mazetti. Je trouve dans ce document (*Della possibilita di communicare la sifilide col mezzo della vaccinazione*), et dans la lettre que M. Cerioli m'a fait l'honneur de m'adresser le 2 mai 1860, les renseignements les plus instructifs.

1re OBSERVATION.

En 1821, un enfant trouvé, une petite fille de trois mois, Martha, fut vaccinée, dans l'intention de faire servir son vaccin à toute une commune; un enfant de Sospiro, nommé Général, fournit pour elle

le liquide vaccinal. Ce dernier fut toujours bien portant. Martha parut saine, son vaccin fut très-régulier. Un médecin vaccinateur des environs s'en servit pour quarante-six enfants; six d'entre eux eurent une éruption vaccinale très-régulière, les pustules de ces six enfants servirent à en revacciner cent autres qui n'ont jamais présenté le moindre symptôme de syphilis. Chez presque tous les autres enfants, à la place des piqûres, se montrèrent des ulcères recouverts, les uns de croûtes permanentes, ou des ulcères indurés ; ces accidents arrivaient lorsque les croûtes vaccinales étaient tombées. Plus tard, ulcères de la bouche et des parties sexuelles, des éruptions croûteuses sur le cuir chevelu, taches cuivrées, ophtalmie; le système glandulaire et le système osseux ne furent pas épargnés.

Ces accidents se communiquèrent aux nourrices et aux mères de ces enfants, et consistaient en ulcères. Produits par l'allaitement, les accidents furent si généraux, que le médecin vaccinateur cité plus haut se crut obligé de faire un rapport à la commission sanitaire; et celle-ci, ayant réuni tous les médecins du grand hôpital civil, nomma une commission dont M. Cerioli fut le secrétaire. La commission ayant reconnu pour syphilitiques les accidents présentés par les enfants et leurs nourrices, les firent admettre à l'hôpital, et traiter par le bichlorure de mercure à l'intérieur, et les frictions mercurielles à l'extérieur; dix-neuf enfants sont morts, les autres se sont rétablis plus ou moins vite, en gardant une grande faiblesse des membres inférieurs, faiblesse telle qu'elle empêchait la station verticale.

Les femmes infectées par l'allaitement et traitées par le mercure se sont toutes rétablies. Maria Cigognini seule mourut, à la suite d'une fausse couche, au septième mois de sa grossesse. Teresa Scapini eut aussi une fausse couche au cinquième mois, mais elle finit par se rétablir. (*Arch. gén. de méd.*, juillet 1860, p. 45.)

2e OBS. — Résumé de la 2e observation de Cerioli.

En 1841, un enfant, P.... C..., des environs de Crémone, né de parents syphilitiques, et n'ayant pas de symptômes sur le corps au moment de la vaccination, servit à vacciner soixante-quatre individus. Le premier phénomène fut une ulcération sur quelques-uns des points vaccinés, suivie plus tard de taches de couleur cuivrée sur le corps, avec des ulcérations aux aines, aux parties génitales, à l'anus, à la bouche. La maladie ne fut pas reconnue au début; ce ne fut que longtemps après que les mercuriaux furent administrés. Cinquante-quatre personnes guérirent; huit enfants et deux femmes succombèrent. Cette observation, qui est rapportée plus au long dans mon Mémoire, avait été déjà signalée, mais très-brièvement, dans la *Revue médicale* 1845, tome III, par M. Lepileur.

3e OBS. — Vétérinaire B....

Dans la ville de R..., la variole régnait épidémiquement au commencement de l'année 1849; de nombreuses revaccinations furent opérées, et dix familles se firent revacciner du 14 au 15 février 1849, d'après le conseil de leurs médecins consultants. Les membres de ces familles, qui furent vaccinés ces jours-là, tombèrent presque tous malades; après *trois ou quatre semaines* apparurent simultanément, sur la place des piqûres, des ulcères qui avaient tout à fait le caractère syphilitique; et bientôt après, dans la plupart d'entre eux, se montrèrent aussi des manifestations secondaires de la syphilis : angine, éruptions, céphalalgie. De fortes doses de mercure furent nécessaires pour amender ces symptômes constitutionnels. Les personnes qui furent contaminées étaient au nombre de dix-neuf, entre onze et quarante ans, et la plupart d'entre elles offraient des garanties assez sûres de moralité.

La cause de la maladie simultanée et analogue d'un si grand

nombre de personnes ressortait évidemment de la vaccination : ainsi on trouva à la place des piqûres des ulcères très-bien caractérisés, qui montraient manifestement la cause de l'infection, et pourtant le médecin vétérinaire B..., qui avait fait ces inoculations, avait pris le vaccin sur un enfant fort et sain. Ce dernier fait, indépendamment de son évidence propre, était surabondamment démontré par plusieurs témoins. Ainsi la femme qui apporta, le 4 février, cet enfant pour le faire vacciner, le déclara parfaitement sain; aussi le vaccina-t-on sans examen ultérieur, le jour même; puis, avant que le médecin choisît cet enfant pour revacciner les autres personnes, il eut soin de s'informer de la santé de l'enfant et de celle de ses parents. Il obtint sur les parents les renseignements les plus favorables, et quant à l'enfant, il le fit mettre tout nu, pour pouvoir découvrir la moindre égratignure sur son corps; et même au moment de recueillir du vaccin sur lui, le 13 février, il renouvela ses investigations, « afin, dit-il, de rechercher si l'insertion du virus-vaccin chez cet enfant n'aurait pas favorisé l'évolution de quelque exanthème caché. » Ces preuves, il est vrai, ne furent pas confirmées par d'autres témoins; toutefois une personne digne de confiance assure qu'au moment de la revaccination l'enfant était encore sain, et que nulle trace d'exanthème ne s'était développée sur son corps. Pourtant une éruption érythémateuse ne tarda pas à se montrer à la partie interne du pli inguinal, à la marge de l'anus et au visage. Il ne fut pas très-facile de remonter à la cause première de cette infection, vu la tardive apparition de l'exanthème; toutefois, comme ce n'est qu'après que cet enfant eut servi à vacciner qu'il tomba malade, ce fut précisément à cette cause que le public attribua les accidents. Lorsque le docteur E... vit l'enfant, le 21 février, l'éruption offrait toutes les apparences d'une roséole syphilitique. Il mourut hydrocéphale le 24 février.

Cet enfant, comme nous l'avons déjà dit, fut vacciné le 4 février. Il paraît que l'éruption de la vaccine ne se fit pas régulièrement; car un témoin oculaire dit que, le huitième jour, il n'y avait encore aucune trace de l'éruption; cet état anomal fut également constaté

par le médecin, qui l'attribua à la température et à l'humidité de son habitation.

Ce ne fut que le 13 février qu'il trouva les pustules propres à la revaccination, et même elles ne se développèrent que progressivement, ce qui lui permit de revacciner avec elles jusqu'aux 14 et 15 février, ainsi onze et douze jours après la revaccination. En même temps que l'on vaccina, le 4 février, l'enfant précité, on en vaccina également plusieurs autres, sans que rien d'anomal se soit montré chez ces derniers.

(Extrait d'un journal de médecine de Berlin : *Medicinitch Zeitung*, 3 avril 1850, article signé Wegeler.)

Je dois cette traduction à M. Noack, interne distingué des hôpitaux de Lyon.

4e OBS. — Hubner.

Le 16 juin 1852 le docteur Hubner, médecin sanitaire à Hollfeld (Bavière), vaccina huit enfants de la commune de Freienfels, tous bien portants jusque-là, ainsi que leurs mères et leurs proches. Il se servit, à cet effet, du vaccin pris sur l'enfant de Marguerite Keller, célibataire, âgée de vingt-neuf ans. Au dire des parents des vaccinés, les résultats de cette inoculation n'auraient pas été ceux d'une vaccination ordinaire; chez la plupart des enfants, les premiers effets ne se seraient manifestés qu'au bout de quinze jours au plus; à la place où avaient été faites les piqûres se seraient produites de petites vésicules, qui n'auraient point tardé à se rompre, laissant à leur place de petites ulcérations suppuratives. Celles-ci se seraient étendues peu à peu, les unes en superficie, les autres en profondeur. Quelques enfants néanmoins auraient eu, huit jours après la vaccination, des boutons analogues à ceux de la vaccine; mais ces boutons, au lieu de suivre leur marche habituelle, se seraient transformés plus tard en petits ulcères qui auraient fini par devenir confluents, et dont la guérison n'aurait eu lieu qu'au bout de plusieurs semaines, ou même de plusieurs mois.

Au mois de septembre suivant, trois mois par conséquent après la vaccination, la plupart des enfants vaccinés se présentèrent, dit-on, dans l'état suivant : les ulcères dont nous venons de parler ont disparu, mais des élevures aplaties ou verruqueuses existent aux parties génitales, principalement aux commissures des grandes et des petites lèvres chez les filles, au scrotum et aux plis des cuisses chez les garçons. On prétend même que, chez quelques enfants, les premières ulcérations, cicatrisées depuis l'apparition des élevures des organes génitaux, se seraient reproduites dès que ces dernières se furent flétries pour disparaître. Plus tard des manifestations semblables se montrèrent au pourtour de l'anus, dans le pli interfessier, à la partie postérieure des cuisses, au bas ventre.

A la même époque, des éruptions suspectes apparurent chez les mères et chez les bonnes des enfants vaccinés, c'étaient des rhagades, des condylomes à l'anus et aux parties génitales. » (*Gaz. hebd.*, 1855, p. 176.)

5e OBS. DE MONELL, DE NEW-YORK.

(Fait de Monell, New-York, *Medical Times*, 2 août 1854, p. 404). — Un enfant de six ans avait été jusque-là parfaitement bien portant ; ses parents n'avaient non plus jamais été malades auparavant, ni au moment de sa naissance. On le vaccina en Irlande. A la place de la piqûre il se développa une ulcération qui mit beaucoup de temps à guérir, une éruption générale se déclara ensuite et persista pendant plusieurs mois. Au moment actuel (au bout de trois ans), il existe encore sur les bras des taches cuivrées. Il y a huit jours un ulcère a paru au gosier, il a été suivi d'une laryngite, et l'enfant est maintenant en danger de mort.

6e OBS. DE JAMES WHITEHEAD, DE MANCHESTER.

Une fille de trois ans et trois mois, d'une bonne constitution, fut vaccinée à l'âge de trois ans. Cette enfant avait été bien portante

jusque-là ; mais à partir de cette époque les trois points vaccinés dégénérèrent en ulcères profonds, à base dure, qui restèrent deux mois sans se cicatriser ; ce furent là les premiers symptômes. La malade présente aujourd'hui, sur tout le tronc et aux membres, des croûtes aplaties, à forme herpétique, avec une large auréole erythémateuse de teinte cuivrée ; celles-ci sont très-nombreuses aux cuisses. Les cicatrices des plaques qui apparurent les premières ont une couleur cuivrée très-prononcée ; pâleur syphilitique, grande prostration, inappétence, soif, dysurie, érythème de la vulve avec écoulement, blépharite chronique, photophobie. (*Third Report on the clinical hospital, Manchester*, par James Whitehead. — Extrait du tableau XI, n° 57.)

7e OBS. — Jules Lecoq, de Cherbourg.

Le 4 mai 1858, P.... (Pierre), âgé de 25 ans, d'une bonne constitution, soldat au 1er régiment d'infanterie de la marine, fut soumis comme tous ses camarades aux revaccinations prescrites par le règlement. Trois piqûres furent faites à chaque bras au moyen de la lancette ; le virus vaccinal avait été fourni par de bonnes pustules prises sur le bras d'un autre militaire qui avait eu, trois mois auparavant, un chancre induré à la verge, pour lequel il avait subi un traitement complet à l'hôpital de la marine (cette particularité était ignorée de M. Lecoq, qui n'en a été informé que plus tard). Huit jours après l'inoculation, on remarque que l'évolution des pustules vaccinales a complétement avorté ; seulement une des piqûres conserve une légère irritation ; elle présente à son centre un petit point noir entouré d'un cercle rouge assez prononcé, déterminant un peu de chaleur et de démangeaison ; peu à peu l'inflammation gagne en étendue. Une ulcération apparaît au bout de quelques jours ; légère d'abord, elle s'étend, se creuse, et produit alors une assez vive douleur. Cette ulcération, loin de marcher vers une cicatrisation régulière, s'agrandit chaque jour ; ses

bords sont taillés à pic ; elle présente une coloration violacée, se recouvre du soir au lendemain d'une croûte brune emprisonnant un pus ichoreux et sanguinolent de mauvaise nature ; sa base est manifestement indurée ; les ganglions axillaires du même côté s'engorgent ; elle a promptement atteint la dimension d'une pièce de deux francs, et comprend toute l'épaisseur du derme.

Cette plaie fut plus d'un mois à se cicatriser, malgré le repos le plus complet, les cautérisations répétées avec l'azotate d'argent, les applications émollientes. La cicatrice conserve pendant très-longtemps un mauvais aspect ; elle est irrégulière, boursouflée, toujours rouge et un peu douloureuse, se recouvre de croûtes analogues à celles de l'ecthyma, et s'ulcère avec la plus grande facilité. A la suite de ce premier accident purement local de la vaccine, on vit survenir chez le malade quelques troubles généraux caractérisés par un état dyspeptique, une faiblesse générale, de l'abattement, avec diminution de l'énergie morale habituelle.

Il y avait à peine quelques jours que ce militaire avait repris son service, quand il revint de nouveau à l'infirmerie, portant sur le corps une abondante éruption constituée par un mélange de prurigo, de lichen et des pustules d'acné ; traitée par les bains alcalins et les dépuratifs, l'éruption fut assez heureusement modifiée, et le malade put sortir de l'hôpital ; mais peu de jours après il venait encore consulter pour une nouvelle éruption présentant des caractères beaucoup plus sérieux.

Le 8 novembre on dut le diriger pour la seconde fois sur l'hôpital de la marine, où il fut placé dans le service de M. Foussagrives, médecin en chef.

A son arrivée on constatait, disséminées sur tout le corps, mais plus particulièrement sur le dos et à la face externe des bras, de nombreuses plaques de psoriasis, ayant presque toutes *une teinte cuivrée caractéristique ;* il y avait dans les cheveux des croûtes d'impétigo, avec engorgement prononcé des ganglions cervicaux, puis un peu de rougeur au pharynx ; l'état général était alors assez satisfaisant.

Soumis d'abord à l'influence de la liqueur de Van Swieten, le malade suivit ensuite le traitement mixte de M. Devergie, (bichlorure de mercure et iodure de potassium), et put quitter l'hôpital le 24 janvier 1859, dans un état très-satisfaisant; ainsi depuis le jour où il a été vacciné, cet homme a été presque constamment soit à l'infirmerie, soit à l'hôpital de la marine, et n'a été débarrassé de son affection de la peau qu'après un traitement antisyphilitique longtemps prolongé. » (*Gaz. des Hôpitaux*, 24 décembre 1859).

8e OBSERVATION.

Le nommé P... (Désiré), âgé de 25 ans, d'une santé habituelle irréprochable, fut, comme son camarade, revacciné le 4 mai. Le vaccin fut pris à la même source et inoculé par trois piqûres faites à chaque bras, avec la même lancette et par la même personne. Le huitième jour, l'inoculation n'a donné lieu à aucune éruption vaccinale, mais une des piqûres s'est enflammée, puis recouverte d'une croûte assez épaisse, qui cache une ulcération de mauvaise nature, à base indurée, tendant continuellement à s'agrandir, malgré un traitement approprié, présentant exactement les mêmes caractères, et suivant la même marche que celle qui a été décrite dans l'observation précédente. Le malade ne put reprendre son service qu'au bout d'un mois et demi, paraissant complétement guéri de ce premier accident; mais un mois plus tard, P.... revenait à la visite, accusant un malaise général, et se plaignant de rougeurs sur tout le corps. Examiné avec attention, on constate chez lui une roséole, qui se prolonge bien au delà de sa durée habituelle; quelques jours après, des symptômes beaucoup plus graves apparaissent à la peau, comme chez Pierre P.... Il existe dans les cheveux de nombreuses croûtes d'impétigo, avec engorgement des ganglions cervicaux; aux parties génitales, sur le scrotum et la partie interne des cuisses on voit apparaître un grand nombre de pustules plates, avec leurs caractères pathognomoniques; ce der-

nier symptôme ne permettant pas le plus léger doute sur la nature forcément spécifique de l'éruption que porte le malade, on voulut encore remonter à la source de la maladie. P... fut interrogé sur sa vie passée, et il nous affirma que jamais il n'avait contracté aucune affection syphilitique; et cependant il avait tout intérêt à nous dire la vérité. Malgré cela, comme l'erreur n'était guère possible, ce militaire fut immédiatement soumis à un traitement mercuriel.

Après avoir pris 56 solutions de liqueur de Van Swieten, l'éruption syphilitique était tellement modifiée, que le malade, fatigué de son séjour à l'hôpital, demanda sa sortie, qui lui fut accordée, quoique le traitement fût considéré comme insuffisant; on ne tarda pas à s'en apercevoir, car quinze jours plus tard les mêmes accidents reparaissaient avec une nouvelle intensité; il y avait de plus des pustules plates autour de l'anus, avec engorgement des ganglions inguinaux. Conduit de nouveau à l'hôpital, P..., après un traitement antisyphilitique long et sévère, sortit définitivement guéri, pour se rendre en convalescence, le 19 mars 1859. (*Gazette des Hôpitaux*, 24 décembre 1859.)

Eh bien ! dans les observations que j'ai rapportées est-ce le liquide vaccinal qui a transmis la syphilis? Mais non, car si c'était lui, ce n'est pas 19 sur 24, mais 24 sur 24 qui eussent été infectés dans l'affaire du vétérinaire B... Si c'était le liquide vaccinal, ce n'est pas 8 individus sur 13 qui eussent été atteints dans l'affaire Hubner, mais bien 13 sur 13.

Les expériences que M. Bidart a faites en 1831 ne sont-elles donc pas concluantes? (*Essai sur la contagion de la syphilis par l'inoculation vaccinale*, dans le *Journal de médecine et de chirurgie pratiques* tome II, art. 287, p. 85.)

La lancette du vaccinateur ne peut trouver que deux liquides sur le bras d'un sujet vacciné : le liquide vaccinal d'abord, et, si elle dépasse la poche vaccinale, elle amène du sang, or le sang est

contagieux. J'ai donné à ce point de doctrine des développements suffisants (*loc .cit.*) pour entraîner la conviction; donc, lorsque le vaccinateur transmet la syphilis par l'opération vaccinale, ce n'est pas par le vaccin pur, mais par le sang. Eh bien! la syphilis ainsi transmise se comporte-t-elle autrement que dans les cas de syphilis ayant une autre origine? Pas le moins du monde, l'accident initial, comme les accidents consécutifs, ressemble à l'accident initial et aux accidents consécutifs des autres syphilis. Pour l'accident initial, il y a en général incubation, caractère que nous trouverons constant dans les expériences directes que l'on a tentées jusqu'ici et qu'on a pu observer jour par jour. C'est, en effet, ce que nous voyons dans les observations de Cerioli, où l'ulcération apparaît aux points vaccinés lorsque la croûte est déjà tombée; l'accident est d'abord local.

Dans les vaccinations du vétérinaire B..., elle a été remarquée et fixée à 3 ou 4 semaines; dans celle du docteur Hubner, les premiers phénomènes n'ont apparu qu'après 15 jours, depuis le moment de l'inoculation. L'incubation des faits de Monell et de James Whitehead n'a pas été notée, il est vrai, mais cet oubli n'empêche pas de reconnaître à l'ulcération des bras les caractères auxquels on peut distinguer un chancre infectant. Quant aux deux faits de M. Jules Lecoq, l'incubation est au moins de 8 jours dans les deux cas.

Voilà, dans tous les cas, les détails relatifs à ce que nous appelons la première incubation.

Quant à la deuxième, c'est-à-dire l'intervalle qui sépare l'apparition de l'accident primitif de l'accident secondaire, les phénomènes apparaissent dans le délai voulu. Il n'est pas indiqué d'une manière précise dans les observations de Cerioli, du vétérinaire B..., de Monell, de James Whitehead, mais on donne à entendre que les accidents secondaires ont été tardifs.

Le délai en question est plus nettement accusé dans l'importante affaire du docteur Hubner; un intervalle de trois mois sépare l'accident primitif des accidents secondaires, du 16 juin 1852 au mois

de septembre suivant. Dans les deux faits de Lecoq les accidents secondaires se sont montrés dans les six mois. Voilà ce que nous enseigne la marche de la maladie dans ces sept observations.

Voyons maintenant ce que va nous apprendre l'étude de la forme? d'abord de l'accident primitif.

C'est toujours une ulcération, quelquefois profonde et large : faits de Cerioli et de Lecoq; à bords durs : Cerioli, Whitehead, Lecoq. Ce dernier observateur note, en outre, un ulcère de la largeur d'une pièce de deux francs. Tous les ulcères mettent longtemps à se cicatriser. M. Jules Lecoq est le seul qui ait fait attention à tout, et qui ait noté l'adenite anillaire. Elle existait chez ses deux malades.

La forme ne diffère pas davantage dans les accidents consécutifs, comme le montre le tableau suivant.

Cerioli. — 1° Ulcération à la bouche et aux parties sexuelles, éruptions croûteuses sur le cuir chevelu, taches cuivrées, ophthalmie. Le système glandulaire et le système osseux ne furent pas épargnés.

2° Ulcérations aux aines, aux parties génitales, au pourtour de l'anus, à la bouche, taches cuivrées.

Vétérinaire B. — Angine, éruptions, céphalalgie.

Hubner. — Élevures aplaties ou verruqueuses aux parties génitales, principalement aux commissures des grandes et des petites lèvres chez les filles, au scrotum et aux plis des cuisses chez les garçons. J'ajoute que dans un cas une plaque muqueuse de l'anus donna un chancre induré à l'avant-bras d'une nourrice qui portait journellement sur le bras un enfant infecté.

Monell. — Éruption générale qui persiste pendant plusieurs mois, taches cuivrées.

James Whitehead. — Éruption croûteuse sur tout le corps. Les

cicatrices des plaques qui apparurent les premières ont une couleur cuivrée.

Jules Lecoq, de Cherbourg. — 1er *fait.* — Rougeur au pharynx, engorgement des ganglions cervicaux, croûtes dans les cheveux, éruptions à teinte cuivrée.

2e *fait.* — Croûtes dans les cheveux, pustules plates aux parties génitales, au scrotum et à la partie interne des cuisses.

Ainsi donc la syphilis acquise au moyen de l'opération vaccinale, par le moyen du sang, ne diffère des autres ni au point de vue de la marche, ni sous celui des symptômes.

Ces quelques faits que je viens de rappeler ne sont pas les seuls. J'en ai rapporté un certain nombre dans le mémoire sur la syphilis transmise par la vaccination. On pourra consulter à ce sujet un ouvrage de Mozelay, du commencement de ce siècle, et dont je n'ai pu voir qu'une traduction (*Discussion historique et critique sur la vaccine*), publiée en France, en 1807, par un anonyme; un journal italien, la *Gazetta medica lombarda*, 1849, obs. de Viani; les tableaux intéressants du docteur James Whitehead dans l'ouvrage anglais déjà cité. Je rappellerai en terminant que Monteggia lut en 1814, à l'Institut des sciences de Milan, le 17 février, un mémoire sur la transmission de la syphilis par la vaccination, que je n'ai jamais pu me procurer. Il est certain que dans un certain nombre de cas l'opération vaccinale n'a pas donné la syphilis, mais n'a fait que développer, au moment de la fièvre vaccinale, une diathèse latente ; exemple : tous les cas où quelques jours après la vaccination une éruption *générale* éclate, et non un accident local, comme le démontrent entre autres les observations de M. Friedinger.

Je ne crois pas pouvoir mieux terminer ce chapitre qu'en faisant connaître les quatorze conclusions du travail que les archives achèveront de publier prochainement.

1° La syphilis a été observée un grand nombre de fois à la suite de l'opération vaccinale, et cela presque dès l'origine de la vaccine, par des auteurs très-dignes de foi, français, anglais, allemands, italiens, etc.

2° Lorsqu'on vaccine un sujet syphilitique n'ayant la maladie qu'à l'état latent, des accidents syphilitiques peuvent éclater sous l'influence de la vaccine; ces accidents, observés un nombre de fois, consistent en *éruptions constitutionnelles*, papuleuses, vésiculeuses, pustuleuses, etc. ; ce n'est jamais un *chancre primitif*, développé au lieu de la piqûre vaccinale.

3° Lorsqu'on recueille du vaccin sur un sujet syphilitique, et qu'on inocule à un sujet sain ce même vaccin, pur et sans mélange de sang, on n'obtient pour résultat que la pustule vaccinale sans aucune complication syphilitique prochaine ou éloignée.

4° Au contraire, si, avec le vaccin d'un syphilitique, porteur ou nom d'accidents constitutionnels, on vaccine un sujet sain, et que la pointe de la lancette ait été chargée d'un peu de sang, en même temps que du liquide vaccinal, on transmet par la même piqûre les deux maladies : la vaccine avec l'humeur vaccinale, et la syphilis, avec le sang syphilitique.

5° *Dans ces cas, dont il existe de nombreux exemples*, la vaccine se développe la première, parce qu'elle a une incubation moins longue et une évolution plus rapide que la syphilis; cette dernière apparaît ensuite et se manifeste tout d'abord par une lésion caractéristique au point inoculé.

6° La lésion initiale, par laquelle se manifeste alors la syphilis, succède à la pustule vaccinale et se présente sous la forme d'une ulcération indurée, avec adenite multiple, en un mot, avec tous les caractères du *chancre syphilitique primitif*. La grande et féconde loi posée par M. Rollet, à savoir : que la syphilis commence toujours par le chancre, alors même qu'elle procède d'un accident secondaire, ou même du sang syphilitique, est donc ici pleinement confirmée.

7° Après ce chancre primitif, développé au point inoculé et dans

les délais ordinaires, la syphilis secondaire éclate et se déroule normalement, sans différer des cas de syphilis transmise par une autre voie.

8° Lorsque le mélange des virus, au lieu de se faire accidentellement, exemple : les cas malheureux d'inoculation vaccino-syphilitique, est opéré volontairement (comme MM. Sperino et Baumès l'ont pratiqué à l'égard de l'humeur vaccinale et du pus de chancroïde), le résultat est le même, en ce sens qu'un virus ne détruit pas l'autre, contrairement au dire de quelques inoculateurs, Sigmund et Friedenger. Chaque virus accomplit son évolution distincte, ainsi que j'ai eu soin de le faire remarquer en son lieu.

9° L'humeur vaccinale n'est donc, pour le virus syphilitique contenu dans le sang (comme elle serait pour le même virus sous une autre forme, ou même pour tout autre virus), qu'un simple véhicule qui la divise et l'étend ainsi que le ferait une goutte d'eau, par exemple, sans modifier en rien ses propriétés ni ses effets.

10° Il importe donc infiniment de ne jamais emprunter du vaccin à un individu suspect; et s'il s'agit d'un nouveau-né, de ne pas lui emprunter le vaccin avant l'âge où la syphilis héréditaire a l'habitude de se manifester par des signes apparents.

11° Si des circonstances spéciales rendaient ces emprunts nécessaires, il faudrait avoir le plus grand soin de ne recueillir que du vaccin, du vaccin pur, sans aucun mélange de sang ou d'autre humeur syphilitique.

12° En aucun cas on ne doit vacciner des sujets sains avec du vaccin recueilli sur un sujet syphilitique ; car, malgré toutes les précautions, et fût-on sûr de la pureté du liquide vaccinal, il sera toujours préférable d'en employer un autre.

13° Ces précautions sont d'autant plus importantes qu'avec un seul sujet syphilitique on peut vacciner une foule d'individus à la fois, et leur transmettre à tous ou presque tous la syphilis. Exemple : les observations du professeur Cerriodi, de Crémone où l'on compte les victimes par quarantaines et soixantaines. (Obs. Martha et obs. P. C.)

14° Il suffit d'indiquer ces précautions pour éviter de nouveaux malheurs, et enlever tout prétexte aux adversaires de la vaccine; car, dans ces cas, la syphilis n'est pas le fait de la vaccine, mais du vaccinateur. Et pour en finir d'un mot, que l'on continue à vacciner, et même à revacciner, mais en choisissant mieux les sujets porteurs du vaccin.

Remarque. — M. le docteur Galligo a signalé dans la *Gazette hebd.*, 10 août 1860, un fait récent, celui de quatorze enfants des environs de Florence qui auraient eu la syphilis à la suite de l'opération vaccinale; il est fâcheux que l'auteur se soit contenté d'une simple mention sur ce fait intéressant. Pour nous, fort des principes que nous avons posés ailleurs ou ici, nous annonçons hardiment et sans crainte de nous tromper ce qui a dû se passer dans cette circonstance, malgré l'absence de tout détail. Ces quatorze enfants qui ont eu la syphilis étaient dans l'un des deux cas suivants : les uns pouvaient être syphilitiques au moment de la vaccination, les autres étaient sains. S'il en est des premiers, la fièvre vaccinale aura amené chez eux, à sa suite, une éruption générale d'une diathèse latente, mais pas d'accident *local*; chez les seconds, des accidents *locaux* ont dû *seulement* être observés au début, ulcération, etc., suivis plus tard d'accidents généraux. Il y a plus : deux virus ont été transmis par la même piqûre, virus-vaccin par le liquide vaccinal, virus syphilitique par *le sang* du sujet vaccinant. J'ai écrit à M. Galligo de s'en assurer en revaccinant les quatorze enfants, et surtout en prenant la précaution de vacciner dans la même séance, avec le même vaccin, des sujets non vaccinés ni variolés.

CHAPITRE V.

Du chancre produit par l'inoculation du pus des accidents secondaires ou du sang.

Ainsi donc, au point de vue clinique, on est en droit de conclure que la syphilis secondaire se comporte, en se transmettant, comme la syphilis primitive, c'est-à-dire que dans les deux cas la lésion transmise est un accident primitif, un chancre. Voilà ce que la clinique enseigne, au mamelon, à la bouche, sur le bras des vaccinés. Mais sous ce rapport, l'expérimentation, loin de venir donner un démenti à la clinique, ne fait que confirmer les résultats qu'elle fournit. En d'autres termes, toutes les fois que l'inoculation artificielle des accidents secondaires a été provoquée, elle a produit un accident primitif, un chancre, toujours un vrai chancre.

Les inoculations de ce genre ne sont pas très-nombreuses, mais elles sont extrêmement concluantes.

15 novembre 1835, Wallace, de Dublin, institue la première.
1er juin 1836, 2e expérience de Wallace.
1er novembre 1849, Vidal sur M. Boudeville.
6 août 1850, 1re, Waller de Prague.
27 juillet 1850, 2e, Waller (avec le sang).
5 janvier 1852, 1er, Rineker, de Wursbourg.
1856, anonyme du Palatinat, 14 inoculations.
7 janvier 1859, Guyenot, de Lyon.
25 janvier 1859, Auzias Turenne.
29 janvier 1859, *id.*
9 février 1859, 2e inoculation de Gibert.

Ces observations ont été discutées à une certaine époque par MM. Ricord et Diday; mais depuis, deux grands principes ont

surgi et ont été acceptés : l'un caractérisé par l'impossibilité de transmettre un chancre infectant à un syphilitique, l'autre par l'existence de la dualité des virus. Avec ces deux principes, les anciens échaffaudages croulent, il est donc inutile de revenir sur des opinions abandonnées. Les observations que nous avons citées plus haut prouvent donc, contrairement à l'avis des auteurs précités, la réalité de la contagion secondaire. Ces mêmes observations prouvent, en effet, que la syphilis ainsi transmise se manifeste toujours par un chancre ; c'est ce que M. Rollet avait déjà fait ressortir très-clairement, dans son mémoire des archives, c'est ce que M. Guyenot a montré encore plus complétement dans sa thèse, en rapportant en détail chacune de ces observations, en montrant dans chacune en particulier le résultat constant de l'inoculation, le chancre.

Sans doute, le chancre n'est pas appelé par son nom, dans des observations où les auteurs n'avaient aucune idée arrêtée sur l'accident qu'ils produisaient, mais il est facile de le reconnaître aux descriptions sommaires qu'ils en donnent. On le reconnaîtra aussi bien aux descriptions qui vont suivre, qu'on l'a déjà reconnu dans le résumé des observations de Wallace et des expérimentateurs qui l'ont suivi. Ceux qui ont lu la deuxième observation de Waller ont pu se convaincre que le sang était contagieux lui, aussi ; désormais donc, le sang comptera comme agent de contagion au même titre que le pus des accidents secondaires. Ce fait est du reste confirmé par les trois succès de l'anonyme du Palatinat et par l'expérience de M. Gibert.

Ce qu'il y a de plus remarquable dans toutes ces observations d'inoculation expérimentale, c'est un phénomène dont ne se doutait pas l'ancienne école du Midi, un fait qu'elle regardait comme insolite, je veux dire l'incubation.

En effet, l'incubation a été un phénomène constant dans les cas authentiques que la science possède, comme le prouvent les chiffres suivants, qui expriment le nombre de jours écoulés entre le moment de l'inoculation et le moment où le phénomène initial s'est montré.

Ces chiffres représentent la première incubation : 29, 27, 35, 25, 33, 27, 42, 28, 17, 25 et 34 jours.

Quant aux caractères du chancre, il ne faut pas s'attendre à les voir tous bien nettement accusés : des auteurs qui ne se doutaient pas qu'ils avaient devant eux un accident primitif ne devaient pas le décrire comme on pourrait le faire aujourd'hui; il y a cependant un de ses caractères qu'on retrouve presque partout, car il est pathognomonique, c'est l'induration, et qui figure tantôt sous un nom, tantôt sous un autre; mais en somme, pour tout homme versé dans l'observation syphilographique, il n'y a pas à se méprendre sur la nature des lésions en question.

Jetons un coup d'œil sur les caractères physiques, sur les symptômes qu'ont offerts les accidents primitifs dans les cas dont nous avons noté la première incubation.

ACCIDENTS PRIMITIFS.

Wallace, 1835. — Six papules ulcérées se développant à la place de chacune des piqûres faites sur chaque épaule; adenite cervicale.

Id. — Ulcère du prépuce, double adenite inguinale indolente.

Vidal, 1849. — Pustule sur la face palmaire inférieure de chaque avant-bras, travail inflammatoire immédiat qui dure jusqu'au 15 novembre 1849, puis tout disparaît. Après 35 jours, on voit apparaître deux ulcérations à la place des pustules primitives, les pustules sont suivies, trois mois plus tard, d'accidents généraux.

Waller, 1re, 6 avril 1850. — Quatorze tubercules cutanés sur la cuisse droite, nés sur les sections d'un scarificateur — tuber-

cules qui se recouvrent de croûtes, ulcération au-dessous; ces tubercules sont indurés.

2e, 27 juillet 1850. — Par le sang. — Deux tubercules distincts ayant la largeur d'un pois; la base des tubercules, c'est-à-dire la peau sous-jacente et la trame cellulaire sous-cutanée, devint ferme, résistante (indurée) et à la surface des tubercules une ulcération se forma, qui donna lieu à la production d'une croûte mince et brune. Quand on l'enlève, ulcération ayant un aspect infundibuliforme.

1re. *De Rineker.* — La surface tout entière de la peau que recouvrait le vésicatoire, trois pouces de longs sur deux de large, est infiltrée et dure; élevures papuleuses sur cette surface grosses comme un pois; exsudation purulente des tubercules durs; une croûte conique rappelant celle du rupia les recouvre; les ganglions de l'aisselle sont engorgés.

Anonyme du Palatinat. — Marche identique dans tous les cas.

Les piqûres s'enflammèrent d'abord légèrement, formant comme de petites pustules qui disparaissaient rapidement. Il s'écoula un certain temps, pendant lequel on ne constatait aucun phénomène particulier aux points inoculés, jusqu'à ce qu'il survînt une nouvelle réaction; les piqûres s'enflammaient alors, formaient des taches d'un rouge foncé, bien limitées, s'élevant en quelques jours au-dessus du niveau de la peau, augmentant en consistance et se desquammant en général à leur sommet, les tubercules ainsi formés suppuraient.

Guyenot, 7 janvier 1855. — Ulcération. — Induration. — Adenite axillaire. — Cas type.

Auzias. — « Ulcération du bras avec suintement purulent, qui forme de petites croûtes superficielles d'abord, et se creusant ensuite dans le centre de la papule, qui est devenue de plus en plus saillante et indurée ; puis adénopathie multiple dans l'aisselle correspondante. » — Extrait du rapport de M. Gibert.

« Papule sèche d'abord, qui bientôt s'ulcère, fournit une suppuration qui forme des croûtes. L'ulcération repose sur une base indurée. Engorgement des ganglions de l'aisselle. » — Extrait du rapport.

2e. *Gibert.* — Par la sérosité sanguinolente.

Papule non examinée pendant 50 jours.

On vient de voir dans cette description succinte, que les caractères du chancre infectant ne peuvent être méconnus.

Après le chancre il y a une deuxième incubation, c'est-à-dire un intervalle entre le moment de l'apparition du phénomène primitif, qui est isolé localisé, et l'apparition des accidents secondaires qui sont multiples, disséminés.

Cette deuxième incubation est en général plus longue que la première : dans les cas que nous avons déjà mentionnés elle a été de 37, 26, 92, 42, 31, 128, 107, 48, 37, 12, 33, c'est-à-dire qu'après le chancre produit artificiellement comme après celui qui est naturellement contracté, la syphilis secondaire éclate dans les mêmes délais et presque à jour fixe; ce qui est une nouvelle preuve de leur identité. Quant aux accidents secondaires, voilà en quoi ils ont consisté dans ces cas.

ACCIDENTS SECONDAIRES

Dublin, 1re. *Wallace.* — Céphalée. — Douleurs dans les bras et les jambes. — Isthme du gosier rouge, exanthème en forme de taches.

2e. *Wallace.* — Exanthème sur tout le corps, formé par des taches brunes. — Douleurs aux téguments de la tête.

Vidal, 1849. — Pustules plates, lenticulées du cuir chevelu. — Alopécie et engorgement d'un ganglion cervical. — Un mois et demi plus tard, déglutition difficile et inflammation buccale, apparition d'une roséole, plaques muqueuses sur les piliers de la voûte palatine. — Pas de traitement jusqu'à cette époque.

1re. *Waller.* — Syphilide maculée sur la peau du bas-ventre, de la poitrine et du dos. — Taches unies en général, quelques-unes un peu saillantes. Éruption générale confluente; un mois plus tard quelques-unes de ces taches se soulèvent en papules, d'autres en tubercules.

2e. *Id.* — Inappétence, insomnie, exanthème à la peau du bas-ventre, du dos, de la poitrine, des cuisses; l'éruption devint si confluente que le visage n'en fut pas exempt; il n'y a ni démangeaison ni douleurs; plus tard, plusieurs taches à la partie interne des cuisses et au ventre se soulèvent en papules et en tubercules.

1re. *Rinecker, de Wurtzbourg.* — Malaise, embarras gastrique, céphalée; 23 jours après, rougeur, puis ulcération de la voûte

palatine, rougeur et ulcération de la lèvre inférieure, une autre au frein de la langue ; les ganglions occipitaux sont légèrement atteints. Plus tard enfin des tubercules muqueux apparaissent sur le scrotum.

Anonyme du Palatinat. — Malaise général, taches à la peau, poriasis, tubercules cutanés. — Angine ordinairement.

Guyenot. — Quelques papules discrètes apparaissent sur la lèvre et sur la poitrine, érythème papuleux sur le tronc et les membres.

1re. *Auzias.* — Quelques papules rougeâtres commencent à se montrer sur le tronc. — Plus tard éruption acnéiforme plus répandue sur la face palmaire des membres supérieurs, sur la face interne des lèvres, sur les régions inguinales.

2e. *Auzias.* — Roséole.

2e. *Gibert.* — Taches cuivrées, un peu saillantes, commencement de la syphilide squammeuse consécutive qui, plus tard, s'est étendue aux autres régions du corps.

En résumé.

Accident primitif, qui ne diffère pas des autres, syphilis secondaire, qui ne diffère pas des autres, quoique bénigne dans quelque cas, mais les malades alors n'ont pas été suivis longtemps, et si quelques-uns ont eu des accidents tertiaires, on l'a ignoré; au total, on

ne peut pas dire que la syphilis ainsi transmise diffère des autres, surtout quant à l'accident primitif. Du reste, qu'on ne croie pas que le résultat de l'inoculation ne soit positif qu'après l'inoculation du pus ou d'autres produits sécrétés par les lésions secondaires. Le sang lui-même est contagieux, et après l'inoculation du sang, le chancre au point inoculé et la syphilis secondaire se développent comme dans les cas précédents, avec les mêmes caractères.

OBS. — 2e DE WALLER, 1850.

F...., jeune garçon de 15 ans, inscrit sous le n° 5676, avait été rachitique dans son enfance, et portait depuis 7 ans un *lupus exfoliativus* à la joue droite et au-dessous du menton; ce lupus, de la largeur d'un thaler, était guéri, à l'exception d'un petit point de la joue, à la suite d'un traitement prolongé par les cautérisations et l'iodure de potassium. Cet enfant n'a jamais eu de syphilis, et comme tel il était propre à l'inoculation, qui fut entreprise le 27 juillet 1850 à la cuisse gauche. Pour cette expérience, je pris le sang d'une femme F...., chez laquelle la syphilis secondaire s'était développée sous mes yeux.

Cette jeune fille, autrefois superbe, avait contracté dans les derniers temps, cinq ou six fois des ulcérations primitives, sans cependant avoir jamais eu de syphilis secondaire. Mais pendant le traitement des deux derniers chancres qui s'étaient succédé à 14 jours d'intervalle, elle commença à maigrir, pâlir, et lorsque le dernier chancre fut guéri et qu'il ne restait plus qu'un catarrhe de l'urètre, il se forma des tubercules à la peau du visage et des taches sur tout le corps.

L'inoculation fut faite de la manière suivante : La peau de la malade fut scarifiée avec un scalpel neuf, et à l'aide d'une ventouse, on lui soutira 3 ou 4 drachmes de sang. Malgré la rapidité avec laquelle se fit cette dernière opération, le sang était déjà en grande partie coagulé, avant qu'on l'eût transporté de la chambre

de la malade dans celle où devait se faire l'inoculation. Les plaies des scarifications (faites sur l'enfant comme dans l'expérience précédente) furent exactement nettoyées et débarrassées des caillots sanguins par le lavage avec un tampon trempé dans de l'eau chaude; puis le sang à inoculer fut introduit dans ces plaies, en partie à l'aide d'une baguette de bois, en partie au moyen de charpie imbibée de ce liquide, puis appliquée et fixée sur la partie scarifiée. Il ne survint ni inflammation ni suppuration; au bout de trois jours les plaies étaient complétement fermées. Le malade allait toujours bien.

Le 31 août, trente-quatre jours après l'inoculation, je remarquai à la cuisse gauche, là où l'inoculation avait été faite, deux tubercules distincts, ayant la largeur d'un pois, d'une teinte rougeâtre pâle, secs à leur surface, sans démangeaison ni douleur. Les jours suivants ils s'agrandirent, se réunirent par leur base, se couvrirent d'écailles, et une auréole d'un rouge obscur les entoura tous deux.

La base des tubercules, c'est-à-dire la peau sous-jacente, et la trame cellulaire sous-cutanée, devint ferme, résistante (indurée), et à la surface des tubercules une ulcération se forma, qui donna lieu à la formation d'une croûte mince et brune. C'est de cette façon que se forma, vers le 15 septembre, un ulcère dont la base avait les dimensions d'un œuf de pigeon, dont une auréole rouge, cuivrée, entourait les bords, et qui était recouverte par la croûte en question.

Cette croûte étant enlevée, le fond de l'ulcération devint visible; il était enfoncé en infundibulum, lardacé, et saignait facilement sur les bords.

Depuis quelques jours il s'était aussi formé à l'épaule droite un tubercule isolé, gros comme un pois, rougeâtre et couvert de rares écailles, sans que le malade pût préciser le jour de la première apparition de cet accident.

La santé générale se maintient. Le 26 septembre et les deux jours suivants, K... se plaint d'inappétence et d'insomnie; le 1er octobre, soixante-cinq jours après l'inoculation, et trente-deux

jours après l'apparition des premiers tubercules, il survint un exanthème à la peau du bas-ventre, du dos, de la poitrine et des cuisses ; exanthème que nous reconnûmes être une roséole syphilitique des mieux caractérisées. C'étaient des taches exactement semblables à celles décrites plus haut (dans la première expérience); seulement, dans certains points elles étaient un peu plus élevées. L'ulcération de la cuisse avait acquis la largeur d'un thaler, tout en conservant son aspect infundibuliforme, son fond lardacé et son aspect cuivré. Dans les jours subséquents, l'éruption des taches devint tellement abondante, que le corps entier, sans excepter le visage, en fut semé et paraissait comme tigré. Il n'y a d'ailleurs ni démangeaison, ni douleur, ni symptômes de catarrhe ou de fièvre. Le 6 octobre plusieurs taches, notamment à la partie interne des cuisses et au ventre, se soulèvent en papules et en tubercules, et dès lors le diagnostic de la syphilide, même sans connaissance des antécédents, devient aussi facile que dans le cas précédent.

J'ai montré ces deux malades au directeur de l'hôpital, à tous les médecins en chef de l'établissement, à plusieurs médecins de la ville, à presque tous ceux des hôpitaux, et à un grand nombre de médecins étrangers. Tous ont unanimement reconnu que le diagnostic de l'exanthème syphilitique était exact, et se sont offerts de se porter témoins, si besoin est, de la réalité des succès que j'ai obtenus par mes inoculations. Si l'on veut connaître ces noms, j'en citerai quelques-uns : le directeur Ride, les professeurs Jaksch, Pitha, Arlt, Hamernick, le médecin en chef Bohm ; le docteur Cejka, V. Hasner, Kraft, Kubith, etc. (*Annales de la syphilis et des maladies de la peau*, de M. Cazenave, octobre et novembre 1851.)

Quatorze inoculations de l'anonyme du Palatinat, dont dix réussies.

Le secrétaire de l'association de médecine du Palatinat a communiqué, en 1856, à cette compagnie, le résultat sommaire des expériences faites par un de ses collègues, en se portant garant de

leur exactitude, sans nommer toutefois l'observateur, et sans désigner expressément le lieu où ces expériences avaient été poursuivies. Il paraît, d'après quelques indices, que les sujets inoculés étaient renfermés dans une maison de détention et s'étaient soumis volontairement à ces périlleuses expériences.

Quatorze individus, huit hommes et six femmes, acceptèrent l'expérimentation, qui fut pratiquée dans des conditions bien définies, et qui donna pour résultat les phénomènes dont nous reproduisons ici l'analyse abrégée.

1° Ces expériences furent faites sur des individus soumis pendant plus de trois ans à l'observation médicale, et qui n'avaient, autant qu'on peut s'en assurer, jamais eu de syphilis; leur peau et la membrane muqueuse de la gorge étaient saines.

2° La matière inoculable fut prise dans les conditions suivantes : H..., fille de 22 ans, détenue depuis huit semaines dans une prison, portant, au moment de l'examen, des taches d'un rouge cuivré sur tout le corps; gonflement des deux amygdales; sur l'amygdale gauche, ulcération de la grandeur d'un kreutzer; forte injection de la muqueuse pharyngienne; gonflement des ganglions du cou derrière l'oreille gauche; entre les os et le pavillon de l'oreille, rhagades profondes à bords durs et lardacés, fournissant un pus grisâtre; surdité de date récente; le bord antérieur et la face interne des grandes lèvres couverts de plaques muqueuses; blennorrhagie. Après que le pus blennorrhagique est soigneusement détergé, on ne découvre nulle part d'ulcération. Le premier individu est inoculé avec le pus des tubercules plats; comme on aurait pu objecter qu'une ulcération primitive inaperçue avait pu mêler la sécrétion à celle de la blennorrhagie et la porter sur les plaques muqueuses, les inoculations ultérieures eurent lieu avec le pus des rhagades situées derrière l'oreille; la malade elle-même fut inoculée avec la sécrétion des plaques muqueuses, sans réaction locale.

3° Les inoculations furent faites, avec la lancette, sur le bras; on ne pratiqua jamais moins de trois ni plus de dix piqûres sur le

même individu ; trois inoculations furent faites avec le pus du premier inoculé. (Sur les quatorze cas, quatre insuccès).

4° Quand l'inoculation réussit, la marche fut presque identique dans tous les cas. Dans les trois ou quatre premiers jours, les piqûres s'enflammaient légèrement, formant comme de petites pustules qui disparaissaient rapidement, il s'écoulait un certain temps pendant lequel on ne constatait aucun phénomène particulier aux points inoculés, jusqu'à ce qu'il survînt une nouvelle réaction ; les piqûres s'enflammaient alors, formaient des taches d'un rouge foncé bien limitées, s'élevant en quelques jours au dessus du niveau de la peau, augmentant de consistance et se desquammant en général à leur sommet.

Les tubercules ainsi formés suppuraient et se couvraient d'une croûte, sous laquelle le pus se ramassait ; chez un malade, les tubercules ne suppurèrent pas et rétrogradèrent ; ce malade n'a pas jusqu'à présent présenté d'accidents généraux.

Pendant que les tubercules s'ulcéraient, il survenait, après un espace de temps plus ou moins long, le plus souvent avec fièvre et malaise général, des taches à la peau ; lorsqu'on abandonnait la maladie à elle-même, ces taches duraient des semaines, pour passer ensuite à l'état de psoriase ou de tubercules cutanés.

5° Les symptômes locaux persistaient toujours au moment où les phénomènes généraux se déclaraient.

6° Dans les cas (trois) où les piqûres s'enflammaient de suite et suppuraient, il n'y eut de manifestation spécifique ni locale ni générale.

7° Tous les inoculés furent inoculés de nouveau, avec le pus de leurs ulcérations, avant l'apparition des accidents généraux, mais sans succès, et sans réaction spéciale au point inoculé.

8° Le premier stade d'incubation ne fut jamais moindre de quinze ou de plus de quarante-deux jours ; le second varia entre vingt-six et cent sept.

9° Des 9 inoculés avec le sang, 3 le furent avec succès, et ceux-là seulement où une large surface absorbante avait été frictionnée.

10° La syphilis constitutionnelle guérit toujours à la suite d'un traitement où l'iodure de potassium tenait la première place; dans un petit nombre de cas rebelles à l'emploi de ce médicament, on eut recours au sublimé (1).

DEUXIÈME INOCULATION DE M. GIBERT (1859).

« Le malade qui a fourni la matière de l'inoculation avait été traité, à l'hôpital du Midi (service de M. Puche), d'un chancre induré de la face externe du prépuce (un peu phimosique). Lors de son entrée dans nos salles, le 7 février 1859, ce chancre avait laissé à sa place une cicatrice indurée, encore un peu rougeâtre, en forme de tubercules plats, lenticulaires, avec engorgement indolent, léger, des ganglions inguinaux; sur la verge, le scrotum, la partie interne correspondante des cuisses, à l'anus, s'étaient développées des papules muqueuses secondaires qui, de là, s'étaient propagées à d'autres régions du corps. Il existait, notamment au front, une large papule squammeuse, d'un rouge cuivré, tout à fait sèche, et ayant environ l'étendue d'une pièce de 50 centimes.

Le 9 février, la pointe d'une lancette fut enfoncée dans la circonférence de cette papule, et se chargea d'un sang un peu séreux, qui fut immédiatement inoculé à la partie supérieure de la face palmaire de l'avant-bras droit (près du pli du coude) d'un sujet affecté comme les précédents de lupus du visage.

Le 1er avril suivant, ce malade, qu'on avait laissé sortir, rentra (pavillon Saint-Mathieu), service de M. Bazin.

Alors, c'est-à-dire cinquante jours écoulés depuis l'inoculation, on vit avec surprise qu'au point où elle avait eu lieu, s'était développée une papule rougeâtre, étalée, irrégulière, légèrement squammeuse, tout à fait sèche, de la largeur d'une pièce de 50 centimes

---

(1) Revue critique par M. Lasègue, (*Archiv. gén. de méd.*, 5e série, tom. XI, pag. 603, 1858, vol. 1.)

environ, rappelant très-bien par conséquent la papule squammeuse frontale qui avait servi à l'inoculation. Au-dessus et autour de cette plaque, on découvrait quelques taches cuivrées, un peu saillantes, commencement de la syphilide squammeuse consécutive, qui plus tard s'est étendue aux autres régions du corps. Un ganglion douloureux, plus gros qu'une noisette, s'était développé dans l'aisselle correspondante.

Le 24 avril, le sujet se place comme infirmier dans une autre division du service de M. Bazin. Il était alors dans l'état suivant : taches de roséoles sur le tronc ; quelques rares papules squammeuses sur la face palmaire des membres supérieurs; persistance à l'avant-bras droit de la papule cuivrée initiale; papules squamo-croûteuses, répandues abondamment dans le cuir chevelu; engorgement des ganglions cervicaux postérieurs; papules muqueuses commençant à l'ombilic et au pourtour de l'anus. Rien à la bouche, au gosier, ni aux parties génitales. Le traitement spécifique institué le 18 mai a déjà produit un amendement notable. »

L'ensemble de tous ces faits me paraît bien concluant; il faut se rappeler qu'à certaines époques c'est encore par le sang que la syphilis semble avoir été inoculée involontairement à un grand nombre d'individus à la fois. On sait qu'en 1577, à Brunn, en Moravie, plus de 200 personnes furent atteintes simultanément d'une maladie qui paraissait nouvelle et qui n'était autre chose que la syphilis. Or elles avaient été infectées en se faisant appliquer, chez un baigneur étuviste, des ventouses scarifiées, comme moyen de précaution, ce qui était alors fort ordinaire. Les plaies des scarifications, pratiquées avec des instruments contaminés par le sang d'une personne infectée, étaient le siége primitif des ulcères qui plus tard recouvraient le corps entier. Ce fait, rapporté avec detail dans la dissertation de Thomas Jordanus, n'est pas isolé dans l'histoire de la médecine, et montre qu'à cette époque, comme de nos jours, la lancette peut semer de véritables épidémies.

CHAPITRE VI.

Opinion de quelques syphilographes contemporains sur cette question.

Étant admis le dogme incontestable, et aujourd'hui incontesté, de la contagion de la syphilis secondaire, on ne pouvait hésiter, relativement au produit de cette contagion, qu'entre l'une ou l'autre des trois hypothèses suivantes :

Ou bien ce produit est un accident primitif, un chancre induré, ressemblant aux autres chancres indurés, ainsi que l'a, le premier, proposé et cliniquement démontré M. Rollet.

Ou bien ce produit est encore un accident primitif, est chancre, mais un chancre différent du chancre induré vulgaire, et susceptible d'en être distingué dans la pratique, ainsi que l'ont soutenu MM Diday et Langlebert.

Ou bien enfin l'accident transmis ressemble plus ou moins complétement à celui qui a servi à la transmission, et en tous cas diffère essentiellement du chancre, ainsi que le pensent MM. Auzias-Turenne, Gibert, Vidal, Bouley, Schnept, etc.

On sait déjà à laquelle de ces trois opinions nous nous sommes rallié. Nous avons montré que tous les faits sont en faveur de la première et qu'aucune hésitation n'est possible, après une étude attentive des observations connues de contagion secondaire.

Toutefois nous ne reculons pas devant la discussion, et puisque ces questions ont été agitées dans la presse, à l'Académie impériale de médecine et devant la Société de médecine de Lyon, nous allons reproduire ici les principaux éléments de ce débat.

M. Gibert, dans son traité des maladies de la peau et de la syphilis, a prétendu que le résultat de l'inoculation dans les expériences qu'il a exécutées, loin d'être un chancre avait été d'emblée une lésion secondaire, une plaque muqueuse. Il sera question plus loin

de cette appréciation ; disons de suite qu'une pareille opinion ne peut être soutenue que pour certains cas exceptionnels, qui seront examinés plus tard, mais non pour la généralité : la discuter pour chaque cas, serait se ménager un triomphe par trop facile.

Nous attachons plus d'importance à l'opinion émise par M. Diday (*Gazette médicale de Lyon*, 1859), opinion acceptée et reproduite un peu plus tard dans le même journal par M. Langlebert. M. Diday, après avoir longtemps nié la contagion de la syphilis secondaire, se voyant abandonné par son maître, M. Ricord, devenu tout d'un coup contagionniste, dans la mémorable discussion de 1859, se rendit, lui aussi, à l'évidence et chercha tout d'abord à couvrir sa retraite. Il ne s'expliqua pas de suite sur le caractère de la lésion produite au point contagionné par l'inoculation de l'accident secondaire ; mais prié de se prononcer, il admit, dans la majorité des cas, qu'il y avait des différences très-grandes entre cette lésion et le chancre induré, bien que dans certaines observations ces différences lui parussent peu marquées. Bref, il accorda que le produit de cette contagion était assez souvent un chancre, mais un chancre mitigé, atténué, une sorte de diminutif du vrai chancre induré. Nous citerons plus loin les propres paroles de M. Diday à ce sujet. Tel fut aussi l'avis de M. Langlebert ; cet auteur l'exposa dans une lettre adressée à M. Diday et publiée dans la *Gazette médicale de Lyon* (numéro du 1er décembre 1859), nous la reproduisons *in extenso*, dans la crainte de la défigurer par une analyse.

De l'accident primitif produit par la contagion physiologique ou artificielle des accidents secondaires de la syphilis, par M. Langlebert.

LETTRE A M. DIDAY.

Le débat sur la transmission des accidents secondaires de la syphilis étant ouvert de nouveau dans votre estimable journal, permettez-moi d'y intervenir en quelques mots, non pour toucher

au fond de la question, mais pour y signaler un point de détail, qui peut-être jettera quelque lumière sur ce sujet controversé.

Depuis l'année 1856 où, le premier, j'ai annoncé que *la syphilis constitutionnelle a constamment pour point de départ un chancre, et généralement un chancre induré, lors même qu'elle a été communiquée par le produit d'un accident secondaire*, toutes les observations cliniques que j'ai pu faire, ainsi que l'étude approfondie des expériences de Wallace, Waller, Vidal, Rinecker, etc., ont de plus en plus confirmé ce fait dans mon esprit. — Oui, comme l'a dit et proclamé tant de fois M. Ricord, la syphilis acquise débute toujours par un chancre.

Mais ce chancre, point de départ, exorde obligé de la syphilis acquise, est-il toujours, quant à sa forme, identique à lui-même ? Ou bien, présente-t-il des différences qui permettraient, jusqu'à un certain point, d'en reconnaître la source, la cause originelle ? En d'autres termes, un chancre infectant étant donné, peut-on, d'après sa forme, son aspect, son mode de développement, distinguer s'il provient d'un chancre primitif ou d'une lésion secondaire ?

Cette question, dont je n'ai pas besoin, Monsieur, de vous faire sentir l'importance, je me la suis posée dès le moment où j'ai entrevu la loi nouvelle de transmission de la syphilis. Pendant trois années je n'ai négligé aucune occasion d'étudier comparativement les chancres d'après leur origine, et je crois être arrivé à un résultat qui, s'il se confirme, serait d'une haute utilité dans la pratique, et surtout en médecine légale, puisqu'il permettrait, en présence d'un individu portant un chancre infectant, de déterminer, ou au moins de supposer, avec grande probabilité d'être dans le vrai, *l'état syphilitique* de la personne qui le lui aurait communiqué.

Voici, en effet, ce que j'ai écrit dans le Mémoire que je publiai au mois de décembre 1858, dans le *Moniteur des hôpitaux* (n° 150, page 1194) :

« Remarquons, à l'occasion de ce fait (observation III), que le chancre contracté par notre malade au contact d'une plaque mu-

queuse, se présentait, comme celui que nous avons décrit dans notre première observation, sous la forme d'une *érosion superficielle*, rouge et indurée. C'est cette forme du chancre infectant qu'un syphilographe moderne (1) a désignée sous le nom d'*érosion chancreuse*, et qui, d'après nos observations, serait le plus souvent, sinon toujours, *la conséquence et le signe de la contagion d'un accident secondaire*, particulièrement de la plaque muqueuse. »

Et plus loin, page 1196, à propos du chancre céphalique, que je considère comme étant généralement le résultat d'une contagion d'accident secondaire :

« Ajoutons que le chancre céphalique le plus commun, le chancre des lèvres, se présente ordinairement sous la forme d'une érosion superficielle, épithéliale, plus ou moins large et indurée, c'est-à-dire sous la forme qui, selon nous, caractérise le chancre infectant dû à la contagion d'un accident consécutif, particulièrement de la plaque muqueuse. »

Ainsi, selon moi, il y aurait possibilité de reconnaître d'une manière générale la source d'un chancre infectant, d'après ses caractères extérieurs :

1° Si le chancre infectant provient de l'inoculation d'un accident secondaire, il sera sous la forme d'une simple *érosion* papuleuse, superficielle, indolente, suppurant peu, à surface rouge plus ou moins large et mal circonscrite; érosion quelquefois fortement indurée, mais le plus souvent parcheminée, ou même, dans quelques cas rares, ne présentant aucune induration sensiblement appréciable.

2° Si le chancre infectant est la conséquence de l'inoculation d'un chancre primitif, il consistera dans une *ulcération* plus ou moins profonde, à surface grisâtre, fournissant une suppuration assez abondante, et dont les bords, nettement circonscrits, seront soulevés par une induration volumineuse, s'étendant sous l'ulcère

---

(1) M. Bassereau.

de manière à lui donner un aspect « véritablement *cupuliforme.* »

J'ajouterai qu'il résulte de mes observations que le chancre infectant communiqué par une lésion secondaire a ordinairement une incubation locale plus longue que celle qui appartient au chancre infectant transmis par un accident de même ordre. L'une et l'autre variété du chancre infectant s'accompagnent toujours de la pléiade ganglionnaire caractéristique.

Maintenant, Monsieur, est-il possible d'expliquer ces différences dans le mode d'évolution et dans la forme que présente l'ulcère vénérien, suivant son origine primitive ou secondaire ? — Je le crois, et voici, selon moi, quelle en serait la raison.

Le virus syphilitique est *un ;* mais, comme l'a dit justement Fernel, il peut offrir des degrés variables d'activité. Or, si les accidents secondaires de la syphilis sont contagieux, ce qui est incontestable, il faut convenir cependant qu'ils le sont beaucoup moins que l'accident primitif, le chancre. Cela tient, ne peut tenir évidemment qu'à des différences dans le mode d'activité des produits de chacun de ces deux ordres de lésion. Il est donc certain que le virus fourni par un accident secondaire est moins actif, moins fort que celui que sécrète l'accident primitif. Ce fait, que l'observation démontre, pouvait être rationnellement prévu ; car il est facile de comprendre que le virus, en vieillissant dans l'économie, doit en quelque sorte s'épuiser dans la manifestation de ses effets morbides, et par conséquent perdre de son activité. Apparemment est-ce là une des raisons pour lesquelles la syphilis congéniale, ainsi que vous l'avez, Monsieur, avancé et prouvé le premier, est douée d'un pouvoir contagieux supérieur à celui de la syphilis constitutionnelle chez l'adulte.

Quoi qu'il en soit, il devra arriver nécessairement que l'effet local du virus syphilitique inoculé varie selon la source où ce virus aura été puisé, c'est-à-dire selon son plus ou moins d'activité.

Ainsi, si l'on inocule le virus affaibli d'une lésion secondaire, le travail morbide sera lent à se produire. Quinze, vingt, trente jours pourront se passer sans que ce travail se révèle par aucun signe ap-

préciable. Puis apparaître, au point contagionné, une rougeur suivie d'un gonflement papuleux, lequel deviendra peu à peu le siége d'une érosion superficielle et d'une induration le plus souvent légère, peu accentuée, de forme parcheminée.

Au contraire, si l'on inocule le virus, plus actif, d'un chancre infectant, la réaction inflammatoire sera plus vive, le résultat local plus prompt. En huit, dix ou quinze jours, on verra se produire soit une papule, soit une pustule entourée d'une auréole d'un rouge vif, et qui bientôt fera place à un ulcère plus ou moins creux, grisâtre et fortement induré, à *l'ulcère hunterien*.

Comme vous le voyez, monsieur, je suis à peu près d'accord avec vous en ce qui touche aux différences d'aspect et de forme que peut présenter la lésion initiale de la syphilis, suivant la source primitive ou secondaire où a été pris le virus. Reste à nous entendre sur la qualification qu'il convient de donner à cette lésion.

Or, je dis que, dans tous les cas, la lésion qui succède à l'inoculation du pus d'un accident secondaire est aussi bien un chancre, un vrai chancre, que celle qui procède de l'inoculation du pus d'un chancre primitif. Les caractères distinctifs de ces deux lésions ne portent, en réalité, que sur de simples nuances de forme, sur des variétés de développement dont je viens d'indiquer la cause ; mais, au fond, ces deux lésions sont une seule et même chose, ou, pour mieux dire, une seule et même espèce pathologique, un chancre primitif et infectant.

En effet, quel nom donnez-vous à cette érosion superficielle, parcheminée, avec adénite multiple et indolente (ce dernier caractère ne manque jamais, et je suis sur ce point complétement de votre avis), qui succède à l'inoculation du pus secondaire, et se développe précisément au point inoculé, et jamais ailleurs; à cette érosion qui persiste seule, isolée, pendant un mois, six semaines et plus, puis se cicatrise, et est ensuite suivie, après un temps plus ou moins long, des accidents généraux de la syphilis?

Direz-vous, avec M. Gibert, que c'est une plaque muqueuse, un tubercule plat, ou tout autre lésion secondaire, parce que cette

érosion a débuté par une papule et non par une pustule? — Vous êtes, monsieur, trop au courant des progrès de la syphilologie moderne pour tenir aujourd'hui un pareil langage; et, soit dit en passant, ce langage m'a d'autant plus étonné de la part de M. Gibert, qu'autrefois ce médecin a nié le début pustuleux du chancre, par la raison singulière et péremptoire qu'il ne l'avait jamais vu!

Non, monsieur, vous ne direz pas que c'est une plaque muqueuse et encore moins un tubercule, parce que vous savez mieux que tout autre que la plaque muqueuse, le tubercule plat, est un accident consécutif et non primitif; un accident ordinairement multiple, qui se développe simultanément aux lèvres, sur la langue, dans la gorge, à l'anus, à la vulve, etc.; un accident qui jamais ne s'indure spécifiquement, qui jamais n'engorge les ganglions voisins; un accident enfin qui a une physionomie propre, caractéristique, trop bien connue de vous pour que jamais vous puissiez *de visu* le confondre avec la lésion dont il s'agit.

Soutiendrez-vous que cette lésion primitive est un accident secondaire « d'apparence incertaine et variable? » Pas davantage, si vous voulez y réfléchir un instant. Car vous reconnaîtrez bien vite que cette lésion, loin d'être incertaine et variable, présente, au contraire, dans son mode de développement, dans sa forme, dans son aspect et dans ses effets consécutifs, tous les attributs, tous les caractères classiques du chancre infectant. Qu'au lieu de débuter par une pustule, elle commence par une simple rougeur ou par une papule, peu importe : ce n'est là qu'une différence insignifiante, un accident tenant à des conditions extrinsèques et indépendantes de la nature intime de la cause qui l'a produit. Mais, au fond, c'est toujours une érosion, une exulcération qui se développe exclusivement au point où l'on a semé la graine syphilitique; une érosion qui, généralement, s'indure plus ou moins, qui engorge spécifiquement les ganglions voisins, et qui devient le point de départ d'une modification morbide de l'économie, d'une diathèse en vertu de laquelle se produiront, quelques semaines ou quelques mois

plus tard, les symptômes généraux propres à la vérole constitutionnelle.

Cette lésion primitive, due à l'inoculation du pus secondaire est donc un chancre. Il y a plus : c'est qu'il serait contraire à tout ce que nous connaissons sur la pathogénie et le mode d'évolution des maladies virulentes en général, qu'il en fût autrement. Car toutes ces maladies, sans exception, reproduisent chez l'individu contagionné la maladie tout entière, depuis les accidents prodromiques jusqu'au dernier symptôme propre à chacune d'elles. Or, ainsi que je l'ai dit ailleurs, le virus syphilitique étant *un*, il est évident que, quelle que soit la source où on l'a puisé, il doit, transporté sur un individu sain, reproduire la série complète des accidents propres à la syphilis, en commençant par le commencement, c'est-à-dire par le chancre.

Chose étrange! à l'époque où l'école syphilographique dite du Midi, dont vous avez été, monsieur, un des plus brillants adeptes, soutenait la non-transmission de la syphilis secondaire, elle repoussait invariablement toutes les observations et les expériences des contagionnistes, en prétendant que la matière inoculée avait dû être prise sur des accidents primitifs. Et pourquoi ? Parce que, disait-elle, le résultat des inoculations qu'on nous oppose a toujours été un chancre, rien qu'un chancre infectant ! Et aujourd'hui que M. Rollet et moi sommes d'accord avec cette école, en affirmant que la vérole a constamment pour point de départ un chancre, même lorsqu'elle est la conséquence d'une contagion secondaire, elle refuse, par votre bouche, de reconnaître ce chancre qu'elle acceptait si complaisamment, alors qu'elle croyait s'en faire une arme contre ses adversaires (1).

---

(1) C'est tout à fait ici le lieu de m'expliquer sur cette prétendue contradiction dont M. Guyenot s'est aussi fait contre moi l'arme qui semble lui inspirer le plus de confiance. — « Vous supposiez jadis des chancres partout, me dit-on : aujourd'hui vous n'en voulez plus voir nulle part ! » — Cet argument, leste et bien troussé, se reproduira plus d'une fois sans doute et fera, à chaque nouvelle

Je termine, monsieur, par cette simple réflexion qui suffirait à elle seule pour nous donner gain de cause devant des esprits non prévenus. Puissent les quelques considérations que contient cette lettre appeler sur ce sujet nouveau l'attention des syphilographes ! Je m'estimerai heureux s'ils font, sur ce point, avancer la science, dussent-ils, comme vient de le faire M. Guyenot, dont je me plais à reconnaître et à saluer le jeune talent, oublier l'initiative qui m'appartient dans ce débat et la modeste part d'observation et de travail que j'y ai apportée.

Un peu ému des prétentions de M. Langlebert, et d'opinions qui sous certains rapports ressemblaient à des attaques, M. Rollet répondit par la lettre suivante (*Gazette médicale de Lyon*, n° du 16 décembre 1859) que nous reproduisons malgré son étendue, en raison du haut intérêt qui s'y rattache au point de vue des choses comme au point de vue des personnes.

Du chancre produit par la contagion de la syphilis secondaire ;
par M. le Dr J. Rollet.

A M. LE DOCTEUR P. DIDAY.

Mon cher collègue,

Puisque décidément c'est la forme épistolaire qui a les préférences des syphilographes pour agiter les questions qui les divisent,

---

mise en scène, son effet accoutumé. Mais c'est là un de ces moyens plus propres à surprendre la faveur de l'auditoire qu'à commander le vote des juges qui prennent le temps d'instruire sérieusement la cause. Il est très-vrai que dans les cas où j'ai pu établir ou présumer que la lésion *de l'inoculant* était un chancre (faits de Bouley, de Rienecker, de Guyenot, de Gibert), je ne me suis point fait faute d'en conclure que le succès d'inoculations semblables ne prouve en rien la contagiosité des lésions secondaires.

Mais de ce que j'admets le chancre là où je le vois, là où, selon toutes les doc-

permettez-moi de vous adresser cette lettre en réponse aux objections que vous m'aviez déjà faites, et que M. Langlebert vient de renouveler dans le dernier numéro de votre journal, au sujet de l'opinion absolue que je professe sur la nature du premier accident syphilitique produit par la contagion de la syphilis secondaire.

Vous savez, mon cher collègue, pour en avoir acquis la preuve pièces en main, qu'à l'époque où je fis mes premières recherches, et lorsque j'en publiai incidemment la conclusion générale dans mon compte rendu des *Leçons sur le chancre*, de M. Ricord (*Gazette médicale de Paris*, juillet 1858), rien de sérieux n'avait encore été entrepris sur ce point de syphilographie à tant d'égards si capital. Je ne connais, en effet, et il n'y a réellement d'antérieur à ces recherches que les paroles échangées à la Société médicale du Panthéon entre M. Auzias-Turenne, soutenant que la syphilis secondaire, en se transmettant, se traduit au point contagionné par une papule, et M. Langlebert, déclarant au contraire qu'il *pensait* qu'elle se manifeste d'abord par un chancre : tout cela dit en deux mots, sans preuves d'aucune sorte à l'appui.

C'était, comme vous le voyez, d'un côté, la syphilis constitutionnelle d'emblée comme l'admettait M. Cazenave, et de l'autre, la syphilis avec le chancre primitif pour antécédent obligé, ainsi que le professait M. Ricord. Telles étaient, en effet, les deux seules suppositions que l'on pût raisonnablement faire, les deux seules hypothèses (car il faut bien appeler les choses par leur nom), entre lesquelles il fût possible d'hésiter : remarquez aussi qu'en prenant parti l'un pour la première, l'autre pour la seconde, il était impossible que l'un des deux contradicteurs n'eût pas raison.

---

trines, il doit exister, est-on en droit de me blâmer de ce que j'ai refusé d'y croire sur parole, quand on me montrait, née dans des conditions où je ne le jugeais pas possible, une lésion qui n'en avait que l'apparence? Si c'est là une inconséquence, j'avoue que j'aime mieux y persister que de mériter, en y renonçant, les louanges de ceux qui me la reprochent aujourd'hui avec tant de vivacité.

(Note de M. Diday).

Vous savez mieux que personne qu'il en a été longtemps, trop longtemps de même, au sujet d'une autre question plus générale et à laquelle celle-ci se rattache comme à un tronc commun, celle de savoir si la syphilis secondaire est, oui ou non, contagieuse. Combien de médecins disaient oui, sans être en mesure de le prouver, combien d'autres disaient non, par manière d'opposition; et si ces derniers, les moins nombreux, mais les plus éminents (vous étiez du nombre) avaient tort, combien parmi les autres pourraient se targuer d'initiative et se glorifier d'avoir eu raison longtemps avant Wallace, c'est-à-dire avant le moment décisif où la difficulté fut tranchée par l'inoculation !

Si le parti que prit Wallace ne fut pas le plus sage, ne fut-il pas le plus scientifique? Et s'il y a eu quelque mérite à démontrer la contagion de la syphilis secondaire, avouez que ce mérite lui appartient tout entier.

Quant à moi, je ne viens pas ici mettre mes services en parallèle avec ceux de Wallace, encore moins méconnaître ceux de personne; je rappelle seulement qu'il y a loin d'une hypothèse, ou, si vous aimez mieux, d'une prévision à un fait démontré; qu'en matière de science la démonstration est la chose majeure, et qu'en définitive c'est elle, elle seule qui fait loi.

Je rappelle surtout que mon mémoire intitulé : *Études cliniques sur le chancre produit par la contagion de la syphilis secondaire et spécialement sur le chancre du mamelon et de la bouche*, a été un travail tout d'observations, et que si j'ai rencontré la vérité, c'est après l'avoir opiniâtrement recherchée où je devais la trouver, c'est-à-dire dans les faits, non ailleurs.

Songez, mon cher collègue, que mes observations ne portaient pas sur moins de quatre-vingts malades! chiffre considérable, auquel je ne suis arrivé que lentement, et qui prouve combien j'étais moins pressé de soulever la question et d'y prendre pied que de contribuer efficacement à sa solution.

Parmi ces observations, les unes recueillies par moi ou par des internes de l'Antiquaille, avaient servi à faire naître, à développer

et à grandir ma conviction; d'autres qui existaient dans la science, dont tout le monde pouvait profiter, puisqu'elles étaient du domaine public, et dans lesquelles néanmoins j'ai été le premier à découvrir la démonstration que je cherchais, — observations bien antérieures à toute discussion doctrinale sur ce sujet et que j'ai dû naturellement accepter telles quelles, — sont venues donner à mes opinions une consécration éclatante et d'autant plus décisive qu'elle était impersonnelle.

Je parle non-seulement des faits d'inoculation de Wallace, de Waller, de Vidal, de Rinecker, voir même de l'anonyme du Palatinat, que j'avais déjà résumés dans mon mémoire, que depuis M. Guyenot a si bien appréciés un à un dans sa thèse, et où l'on voit les inoculateurs obtenir tous le même résultat, c'est-à-dire faire des chancres sans le savoir; je parle surtout des observations cliniques recueillies sur de vrais malades, dont la vérole n'avait rien d'artificiel, car je sais bien qu'elles ont toutes vos préférences.

En première ligne, je place les observations de chancres du mamelon produits par la contagion de la syphilis du nouveau-né.

Qui donc, avant moi (car il faut bien que je parle aussi de mon initiative, puisqu'on m'en oppose une autre), qui donc s'était avisé de considérer comme des chancres primitifs les lésions inoculées au mamelon de la nourrice par la bouche du nouveau-né syphilitique? Qui donc en avait donné la preuve répétée, directe, irrécusable, preuve que le pinceau d'un artiste habile vient encore de fixer tout récemment sur l'album de l'Antiquaille?

Bon nombre de ces observations se trouvaient dans un livre aujourd'hui classique, votre *Traité de la syphilis des nouveau-nés.* Vous n'y aviez pas découvert vous-même, quelque autre y avait-il donc trouvé les chancres que tout le monde peut y voir aujourd'hui? Qui donc a montré, dans la marche, dans l'aspect et tous les caractères de ces lésions, les signes jusque-là méconnus de l'accident primitif? N'était-il pas nécessaire pour arriver à cette détermination précise de se débarrasser de vieilles erreurs, de choisir un

nouveau guide, en un mot, de trouver une clef révélatrice, et cette clef n'est-ce pas moi qui l'ai donnée?

Après les observations de chancres *mammaires* sont venues celles de chancres *céphaliques*, les deux produits les plus intéressants de la contagion secondaire. Combien n'a-t-on pas disserté, combien n'a-t-on pas publié de leçons, thèses ou mémoires, sur ce fameux chancre céphalique, le dernier boulevard de la doctrine de l'unité vénérienne! N'est-ce pas moi (je vous demande pardon de parler toujours à la première personne) qui ai donné le premier à ce problème syphilographique sa véritable solution? Je l'ai donnée non-seulement en remontant à l'origine du mal, mais en montrant par des faits cliniques authentiques, notoires, éclatants, son mode habituel de production. Sans doute on peut contester, comme vous l'avez fait vous-même, l'interprétation que j'ai donnée du caractère en apparence si bizarre et en réalité si naturel de ce chancre; on peut la contester, je le répète, mais on ne peut pas m'en déposséder (1).

Notez bien, mon cher collègue, qu'à cette époque on ne refusait à cette lésion aucun des attributs du chancre primitif. C'était alors un chancre, un vrai chancre; aujourd'hui que j'ai démontré que, semblable à cet égard à celui du mamelon, le chancre de la bouche dérivait presque toujours d'une lésion constitutionnelle, les choses auraient-elles donc changé? Ceci m'amène précisément au cœur de la question en litige, c'est-à-dire à me demander si la syphilis secondaire, en se transmettant, produit réellement un chancre, toujours un chancre.

---

(1) A cette lettre, où la question de priorité, comme on a pu en juger, est si impartialement discutée et si nettement tranchée, à cette réponse qu'il avait lui-même provoquée par un article antérieur (*Gaz. méd. de Lyon*, n° du 1er décembre 1859), M. Langlebert n'a rien répliqué et n'avait en effet rien à répliquer. Toutefois cet auteur est revenu tout récemment sur le même sujet, calculant qu'une simple lettre insérée dans un journal de province ne pouvait avoir eu qu'une publicité locale et restreinte; estimant qu'après un temps aussi long, le souvenir de cette discussion devait être effacé, et surtout comptant sur l'inaction d'un adversaire peu disposé à le suivre à la piste dans tous ses refuges. M. Langlebert a

Je reviens d'autant plus sur ce sujet qu'il a une portée très-grande, et qu'il comporte des applications pratiques d'une haute utilité sociale, toutes choses sur lesquelles je me suis déjà expliqué ailleurs, à plusieurs reprises. Vous savez mieux que moi à quel point le dogme de la contagion de la syphilis secondaire intéresse la médecine légale et l'hygiène publique et privée, et touche de près à certaines pratiques professionnelles, médicales ou religieuses, telles que : le soufflage du verre, l'allaitement, la vaccination, la circoncision, etc.

Voyons donc ce qui semble dès aujourd'hui admis; voyons ce qui est encore contesté, et discutons avec impartialité et sans parti pris.

Mais avant de commencer, me permettrez-vous, mon cher collègue, de faire remarquer que déjà la question se présente sous une face bien meilleure que les premiers jours : on n'a pas marché vite, mais on a marché. On ne nie plus que les premières lésions provenant de la contagion de la syphilis secondaire ne soient des chancres, on soutient seulement que ces chancres ont quelque chose de spécial, et ne ressemblent pas complétement à ceux qui proviennent de la contagion du chancre primitif.

Cette difficulté, je n'étais pas sans l'avoir déjà prévue dans le principe; je l'ai longuement discutée dans mon mémoire (p. 45, 46 et *passim*); je l'ai résolue avec des faits, c'est-à-dire preuves en main, et encore aujourd'hui je crois que c'est à l'observation seule, et non à telle ou telle idée préconçue, sur la force plus ou moins grande, l'activité plus ou moins énergique, en un mot, sur l'état

---

choisi cette fois la *Gazette des Hôpitaux*, n^os des 19 juillet et 9 août 1860 pour y étaler de nouveau ses prétentions et s'y glorifier de son mieux. Avons-nous besoin d'ajouter que M. Langlebert a purement et simplement repris les choses où elles en étaient dans son premier *factum;* c'est-à-dire que la réponse si péremptoire et par cela même si gênante pour lui, de M. Rollet, il se contente de la passer sous silence et de la considérer comme non avenue.

Il n'y a pas à qualifier un pareil procédé, pas plus qu'il n'y a à discuter avec celui qui ne craint pas de l'employer. VIENNOIS.

dynamique du virus, qu'il faut en appeler, si on le juge nécessaire.

Toutes les objections qui m'ont été adressées jusqu'à ce jour, soit du haut de la tribune académique, par MM. Gibert et Ricord, soit dans la presse, par vous, mon cher collègue, et par M. Langlebert, portent, en définitive, sur deux points principaux : la *forme* des lésions et la *marche* de la maladie.

Pour ce qui est de la forme, je crois que nous finirons bientôt par être d'accord. Voici comment j'ai défini le chancre *syphilitique* dans mon mémoire, à une époque où il était nécessaire de le bien définir, car on le confondait encore avec le chancre *simple* et surtout avec le chancre *mixte;* ou plutôt voici, en dehors des symptômes tirés de la marche de la maladie, et sur lesquels nous reviendrons, quels sont les caractères essentiels que je regardais comme résultant de l'examen direct de la lésion :

« Le caractère le plus général du chancre infectant, et je parle de celui qui a été décrit comme tel par le maître même et tous les disciples de l'hôpital du Midi, c'est l'*ulcération*. L'ulcération peut manquer à un moment donné; mais si elle n'existe pas à ce moment, elle a existé antérieurement ou elle existera plus tard.

« Viennent ensuite certains caractères tirés de la conformation, de la couleur, de l'aspect, de la consistance, en un mot de l'état objectif du chancre, mais parmi lesquels j'en distinguerai deux plus constants et plus appréciables que les autres : c'est l'*induration* et la *papulation*. Le chancre infectant est souvent, très-souvent induré, surtout chez l'homme; ce même chancre, chez la femme, au lieu de devenir induré, a, au contraire, une grande tendance à devenir papuleux....

« Un autre caractère qu'il faut rechercher, non pas dans le chancre lui-même, mais à côté, un peu plus loin, dans les ganglions lymphatiques voisins, lesquels sont affectés presque immédiatement après le développement de l'ulcération chancreuse, c'est l'engorgement indolent multiple, l'*adenite indurée*, lésion primitive aussi, puisqu'elle est contemporaine du chancre. » (*Loc. cit.*, page 13.)

Connaissez-vous, mon cher collègue, d'autres signes objectifs es-

sentiels du chancre infectant? D'un autre côté, connaissez-vous une lésion syphilitique réunissant la plupart de ces caractères, et à qui on puisse donner un autre nom que celui de chancre primitif?

Eh bien, je maintiens que toutes les lésions connues jusqu'à ce jour, pour être résultées de l'inoculation artificielle ou de la contagion naturelle de la syphilis secondaire réalisent, à des degrés divers, mais réalisent toutes ce type du chancre, du vrai chancre.

N'en convenez-vous pas vous-même implicitement lorsque vous dites : « S'il est vrai que la lésion initiale, dans ces cas, ait une grande tendance à *s'ulcérer* et à *s'indurer*, l'observation prouve cependant que cette lésion n'affecte point constamment la forme propre au chancre induré type, qui est le fruit du contact du chancre primitif induré? » Car veuillez remarquer que les raisons sur lesquelles vous vous fondez pour conclure ainsi, et que vous donnez plus loin, sont moins tirées des caractères mêmes de la lésion que de sa marche. Vous nous concédez ici l'ulcération et l'induration ; ailleurs vous nous accordez plus libéralement, si c'est possible, l'*adenite indurée ;* nous ne vous en demandons pas davantage pour le moment. Une ulcération indurée avec l'adenite caractéristique qu'est-ce donc, sinon un chancre, au moins pour la forme?

M. Langlebert n'y met pas tant de restrictions, cependant il en met. Et d'abord il veut qu'on appelle les choses par leur nom ; ces lésions, dit-il, sont des chancres, seulement ces chancres ne ressemblent pas aux autres.

Voici le parallèle établi par notre confrère entre le chancre d'origine secondaire et celui d'origine primitive.

« Si le chancre infectant, dit-il, provient de l'inoculation d'un accident secondaire, il sera sous la forme d'une simple *érosion* papuleuse superficielle, indolente, suppurant peu, à surface rouge, plus ou moins large et mal circonscrite; érosion quelquefois fortement indurée, mais le plus souvent parcheminée, ou même dans quelques cas rares sans induration.

« Si le chancre infectant est la conséquence de l'inoculation d'un chancre primitif, il consistera dans une *ulcération* plus ou moins

profonde, à surface grisâtre, fournissant une suppuration assez abondante, et dont les bords, nettement circonscrits, sont soulevés par une induration volumineuse, s'étendant sous l'ulcère, de manière à lui donner un aspect cupuliforme. »

Voilà les signes auxquels M. Langlebert distingue les deux sortes de chancres; voilà le résultat de ses observations, inédites je suppose, résultat qu'il considère « comme d'une haute utilité dans la pratique, et surtout en médecine légale, puisqu'il permettrait, en présence d'un individu portant un chancre infectant, de déterminer, ou au moins de supposer avec grande probabilité d'être dans le vrai, l'état syphilitique de la personne qui le lui aurait communiqué. »

Probablement, mon cher collègue, serez-vous de mon avis, et penserez-vous, avec moi, que de pareils caractères différentiels ne pourraient que faire *supposer,* selon l'une des expressions de M. Langlebert, ce qui demanderait au contraire à être bien prouvé, surtout avant d'avoir cours en médecine légale.

Remarquez d'abord une contradiction singulière dans les appréciations de M. Langlebert. Lisez plutôt ce qu'il écrit à l'occasion non plus d'observations inédites, par conséquent indiscutables, mais à propos de deux faits qu'il a recueillis et qu'il relate : « Remarquons à l'occasion de ce fait que le chancre contracté par notre malade au contact d'une plaque muqueuse se présentait, comme celui que nous avons décrit dans notre première observation, sous la forme d'une érosion superficielle rouge et indurée. *C'est cette forme de chancre infectant que M. Bassereau a désignée sous le nom d'érosion chancreuse.* » En d'autres termes, ces mêmes chancres que M. Langlebert considérait tout à l'heure comme ayant des caractères spéciaux, voilà qu'il les décrit, sans cesser de leur assigner les mêmes caractères, comme ne différant en aucune manière du chancre infectant vulgaire.

Et en effet l'érosion chancreuse n'est-elle pas la forme la plus générale du chancre infectant? M. Bassereau l'a reconnu le premier, c'est bien; mais cet auteur, que nous aimons tous à citer, a sur-

tout fait une chose que M. Langlebert aurait dû se rappeler : il a confronté les malades; et les lésions qu'il a décrites comme des érosions chancreuses, il a précisément constaté, dans toutes ses confrontations, qu'elle provenaient de l'inoculation du chancre primitif.

Comment, voici un premier observateur qui décrit le chancre infectant comme une érosion superficielle; il remonte à son origine, et il reconnaît qu'il procède du chancre primitif. En voici maintenant un autre qui observe ce même chancre, avec la même forme, les mêmes caractères; il remonte à son origine, et il reconnaît qu'il procède d'un accident secondaire; puis, entre ces chancres qu'il déclare en tout semblables et parfaitement identiques, il veut qu'il y ait néanmoins une différence. Est-ce logique? est-ce vrai? et quel fonds solide pour la médecine légale!

Quant à nous, acceptant comme parfaitement exactes les observations de M. Langlebert; acceptant comme parfaitement juste l'assimilation qu'il fait de ses chancres d'origine secondaire avec les chancres d'origine primitive de M. Bassereau, nous tirons de tout cela cette conclusion bien simple que dans les deux cas la lésion est la même.

Toutefois, si l'érosion chancreuse est une des formes les plus habituelles de l'ulcère primitif, sans distinction d'origine, elle n'est pas la seule qu'on observe. Je reconnais volontiers avec M. Langlebert que le chancre infectant consiste assez souvent « en une ulcération plus ou moins profonde, avec induration volumineuse, aspect cupuliforme, etc. » Mais affirmer avec lui qu'un chancre ayant ces caractères provient toujours d'une lésion primitive, je ne le puis; j'ai au contraire de bonnes raisons pour affirmer le contraire.

Oui, si tout à l'heure j'étais d'avis que l'érosion superficielle n'est pas le privilége du chancre d'origine secondaire, je prétends maintenant, avec non moins d'autorité, que l'ulcération profonde, même très-profonde, n'est pas le privilége du chancre d'origine primitive.

Et la preuve, direz-vous? La preuve, vous la connaissez mieux

que moi, et vous souriez d'avance en l'attendant. Elle est à peu près partout, car dans la plupart des observations connues de contagion de la syphilis secondaire, les lésions initiales sont décrites comme des ulcérations en général assez profondes ; elle est surtout dans quelques faits qui ont dû vous frapper comme moi, que j'ai mis en évidence dans mon mémoire, et où l'érosion superficielle est singulièrement distancée.

Sont-ce des ulcérations assez profondes que celles qu'on accuse d'avoir fait le tour du mamelon (obs. IX de mon mémoire); d'avoir détruit le mamelon tout entier (obs. X); d'être à bords renversés et de la largeur d'un noyau de prune (obs. XVI); et tant d'autres semblables ?

Même dans les faits d'inoculation artificielle, dont M. Langlebert dit avoir fait une étude *approfondie*, on voit souvent l'ulcération atteindre de très-grandes proportions, celles des chancres de la plus belle espèce. Ainsi, pour n'en citer qu'un exemple, dans l'une des deux inoculations de Waller, l'ulcération acquit les dimensions bien notées, bien spécifiées d'un œuf de pigeon ! Vous figurez-vous, mon cher collègue, une érosion *superficielle* où l'on pourrait loger un œuf de pigeon ?

Mais c'en est assez sur ce point. En vérité, j'ai trop beau jeu; d'autant plus qu'on n'élève aucune difficulté au sujet de l'induration, de la papulation, de l'adenite indurée.... Non, encore une fois non, au point de vue des caractères objectifs et en quelque sorte de l'état anatomique de la lésion, il n'y a aucune différence appréciable entre le chancre qui provient d'un accident secondaire et celui qui naît du chancre primitif lui-même. Tout ce qu'on a dit à cet égard ne repose pas sur l'expérience, mais sur le sable mouvant de la fantaisie.

Laissons donc de côté les objections tirées de la *forme*, et voyons celles qui portent sur la *marche* même de la maladie.

Je vous l'ai dit tout à l'heure, mon cher collègue, c'est la marche en apparence un peu anomale de la maladie qui, à votre insu peut-être, a décidé de l'opinion que vous vous êtes faite sur son

compte. Votre grande objection, celle qu'on retrouve le plus souvent sous votre plume, c'est l'*incubation* prolongée du mal, la longue inertie du virus, sa première éclosion sous une forme autre que la pustule..... Mais n'anticipons pas, et pour mieux lever l'obstacle, tâtons-le de tous les côtés.

Et d'abord, voici le moment venu de distinguer non plus, comme vous le voulez, des lésions qui sont identiques, mais des maladies cette fois bien différentes et pour la forme et pour le fond. Voici le moment venu de dépouiller le vieil homme, et de cesser de voir où il n'est pas, ce même chancre syphilitique que, par un excès opposé, on s'obstine à ne pas voir où il est.

Une incubation ! Mais c'est le chancre simple, le *chancroïde* seul qui n'en a pas. Celui-là va vite en affaire : après la piqûre d'inoculation, du jour au lendemain l'épiderme est soulevé par du pus ; au bout de quarante-huit heures la pustule est déjà très-apparente; c'est la maladie à début *pustuleux* par excellence.

Si-tel est pour vous, cher collègue, le type de l'évolution chancreuse, comme il l'a été pendant plus de vingt ans pour l'école de M. Ricord, n'allons pas plus loin ; le chancre produit par la contagion de la syphilis secondaire ne ressemble pas à ce modèle ; voilà un moule qui n'est pas fait pour lui.

Mais non. Vous êtes au contraire un des premiers qui ayez acclamé la doctrine de la dualité; vous êtes un des premiers qui ayez recherché précisément dans la marche de chaque espèce chancreuse la confirmation de la théorie nouvelle, alors que celle-ci ne reposait encore que sur la confrontation des malades ; et en définitive, cette incubation, qui fait aujourd'hui la plus sérieuse de nos dissidences, c'est M. Clerc et vous qui l'avez les premiers signalée dans le chancre syphilitique.

Je vous entends déjà me dire : Oui, l'incubation est réelle, constante, indéniable dans les cas dont vous parlez ; mais alors, elle est loin d'être aussi longue qu'après l'inoculation de la syphilis secondaire ; en d'autres termes, ce qui différencie surtout le chancre syphilitique type des lésions produites par la contagion de la syphilis

secondaire, ce n'est pas l'incubation elle-même, mais sa durée. Question de temps, n'est-ce pas? Voyons s'il est possible de la résoudre.

Nous adresserons-nous à la clinique? Je le veux bien ; mais la clinique ne pourra que très-difficilement répondre juste, et pour le moment elle est complétement muette sur ce sujet. Cela se comprend.

Avoir des renseignements précis sur le jour où a été contracté un chancre chez des malades qui, pour la plupart, se sont exposés à plusieurs foyers, ou à différentes reprises au même foyer de contagion, n'est déjà pas chose si simple; mais ce n'est pas tout.

Il faut encore, dans une statistique bien faite, éliminer soigneusement tous les cas de chancres simples. On peut y arriver sans grande difficulté; on l'a fait, aussi je n'en parle que pour mémoire; mais autre chose.

Vous savez, mon cher collègue, que le chancre syphilitique coïncide assez souvent (environ 10 fois sur 100) avec le chancre simple, comme il coïncide avec la blennorrhagie, la gale, la vaccine, etc. Il en résulte quelquefois un chancre mixte qui doit être aussi non moins soigneusement éliminé; car si, d'un côté, il ressemble au chancre syphilitique et donne la vérole, de l'autre, il ressemble au chancre simple et n'a pas d'incubation. C'est là une cause d'erreur dont personne encore, que je sache, n'a tenu compte, et qu'il faut à tout prix éviter.

Est-ce tout? Oui, si vous voulez avoir une statistique concernant le chancre infectant, sans distinction d'origine; mais, pour résoudre la question pendante, il en faut une autre. Il faut une statistique différentielle, c'est-à-dire telle que, d'un côté soient alignés des chancres d'origine bien manifestement primitive, de l'autre, des chancres d'origine bien manifestement secondaire, avec l'indication précise du temps d'incubation pour chacune des deux catégories.

Je vous le demande, mon cher collègue, la clinique est-elle en mesure de remplir tous ces desiderata? La statistique de M. Clerc,

la vôtre, la mienne (car j'en ai une aussi que je garde, jusqu'à nouvel ordre, pour moi; non pas que j'aie la main pleine de vérités et que je refuse de l'ouvrir, mais parce que les reproches que j'adresse à celles des autres s'appliquent également à la mienne). Toutes ces statistiques, dis-je, sont-elles en mesure de nous dire quel est le temps d'incubation du chancre d'origine primitive, en parallèle avec le temps d'incubation du chancre d'origine secondaire? Évidemment non. D'un autre côté, croyez-vous que les affirmations de M. Langlebert avancent beaucoup la solution du problème, et n'estimez-vous pas qu'une observation, une seule petite observation bien faite, vaudrait mieux qu'un gros volume d'assertions semblables?

Ainsi donc laissons de côté la clinique : attendons qu'elle ait eu le temps de préparer sa réponse, et, comme je le disais tout à l'heure, puisqu'elle est pour le moment muette, adressons-nous à l'expérimentation.

Pour ma part, je connais jusqu'à douze cas d'inoculation d'accidents secondaires où le temps d'incubation a été noté à un jour près. Ce temps a été de 29, 27, 35, 9, 33, 27, 15, 42, 28, 17, 25 et 34 jours. Ce qui fait, en bonne arithmétique, un minimum de 9 jours, un maximum de 42 et une moyenne de 26.

C'est beaucoup, n'est-ce pas? Eh bien, comparons des choses parfaitement comparables; mettons inoculations contre inoculations, — pennon contre pennon, — et voyons qui aura le dessus.

Il est vrai qu'à ces douze inoculations d'accidents secondaires je ne puis opposer que trois inoculations de chancres primitifs; mais le nombre ici ne fait rien au résultat; d'ailleurs vous pourriez, au besoin, m'amener du renfort.

Dans ces trois inoculations (une de Rinecker, une autre de Gibert, et celle que j'ai rapportée dans mon Mémoire), l'incubation a été de 25, 24 et 18 jours. Ce qui fait un minimum de 18 jours, un maximum de 25 et une moyenne de 22. Ajoutez, si vous voulez, à ces trois cas, tous ceux que vous persistez à considérer comme des exemples d'inoculations chancreuses et que j'ai comptés comme des

inoculations d'accidents secondaires, et vous verrez que le résultat ne variera pas.

Ainsi, une moyenne de 26 jours pour l'incubation du chancre produit par la contagion de l'accident secondaire, et de 22 jours pour celle du chancre produit par la contagion de l'accident primitif; un minimum de 9 jours pour la première et de 18 jours pour la seconde, voilà ce que nous apprend le moyen décisif par excellence, c'est-à-dire l'expérimentation.

En vérité, y a-t-il dans tous ces résultats une différence sérieuse? Si la moyenne est un peu plus forte d'un côté, le minimum n'est-il pas plus faible? Et, en définitive, pour tout observateur non prévenu n'y a-t-il pas, dans cette incubation si constante, si longue, si étrange même, et avec cela si égale dans les deux cas, la confirmation éclatante de l'identité des deux lésions?

Maintenant, que le mode de contagion soit pour quelque chose dans l'évolution plus ou moins rapide de la maladie, et qu'il y ait une différence sous le rapport de l'incubation entre les chancres naturellement contractés et ceux d'inoculation artificielle, on peut avoir quelque raison de le soutenir; mais, ce qu'on peut surtout prétendre avec certitude, c'est que dès aujourd'hui, pour les chancres d'origine primitive et pour ceux d'origine secondaire, l'inoculation artificielle a marqué un même temps d'incubation, et qu'il y a entre eux, sous ce rapport, une égalité que la clinique pourra exprimer par un chiffre plus faible, mais qu'elle ne saurait rompre.

Puisque nous en sommes à discuter sur la marche de la maladie, et pour vous montrer que, loin de redouter le parallèle entre les chancres d'origine diverse, c'est moi au contraire qui le provoque de toutes mes forces, bien convaincu que la vérité me restera, j'irai plus loin que vous n'êtes allé, et je suivrai la syphilis primitive jusqu'à son terme naturel, c'est-à-dire jusqu'à l'éclosion des accidents dits secondaires.

Entre le moment de l'inoculation et celui de l'apparition du chancre il y a un premier temps de repos, d'état latent, de sommeil du virus : on l'appelle incubation. Entre le moment où le chancre

apparaît et celui où les accidents secondaires éclatent, il y a également un intervalle bien marqué, qu'on pourrait appeler un second temps d'incubation, car il précède l'éclosion de la syphilis secondaire, comme l'autre précède l'éclosion de la syphilis primitive.

Étudions, si vous le voulez bien, cette seconde incubation comme nous avons étudié la première, et voyons si elle diffère selon l'origine primitive ou secondaire du chancre.

Dans les douze inoculations d'accidents secondaires dont j'ai parlé, la seconde incubation a été de 37, 26, 92, 42, 31, 128, 26, 107, 48, 37, 12 et 38 jours. Ce qui fait un minimum de 12 jours, un maximum de 128, et une moyenne de 52.

52 jours! chose singulière, je ne connais qu'un cas d'inoculation du chancre primitif où l'on ait noté cette seconde incubation : c'est celui de Rinecker. Revoyez, je vous prie, l'inoculation de Rinecker, elle en vaut la peine : entre la première apparition du chancre et la première apparition des accidents secondaires il s'est écoulé juste 52 jours!

Concordance fortuite, direz-vous; un seul fait ne prouve rien; c'est le hasard qui vous a servi et votre triomphe est celui du joueur heureux.

Pas le moins du monde, et le hasard a moins à voir en cette affaire que vous ne pensez : je ne cite qu'un fait, parce qu'il n'y en a pas d'autre dans la science; mais si les inoculations artificielles manquent, les observations cliniques abondent, et si vous le permettez, c'est aux vôtres, monsieur, que nous nous en rapporterons.

Ce n'est pas à vous, mon cher collègue, qu'il est utile de faire observer combien cette seconde incubation peut être appréciée, en chiffres exacts, plus facilement que la première, chez des malades même peu intelligents. Ici, la seule cause d'erreur est le traitement, et chez les malades de votre statistique vous avez su y mettre bon ordre en ne les traitant pas, du moins avec les mercuriaux.

Eh bien donc, chez ces malades dont la syphilis a été abandonnée à son évolution naturelle, quelle a été la durée de la seconde incu-

bation? Votre statistique comprend cinquante-deux malades, et votre moyenne pour la seconde incubation est de 46 jours.

Il y a donc entre votre statistique, portant sur de vrais chancres d'origine primitive, et la mienne, portant sur de vrais chancres aussi, mais d'origine secondaire, la plus grande concordance. Une différence de 8 jours; en vérité ce n'est rien, surtout si l'on songe que le malade chez lequel une incubation de 128 jours a été notée, a subi un traitement mercuriel, cause incontestable et tout artificielle du retard qu'a éprouvé chez lui l'éclosion des accidents secondaires.

Mais voici bien autre chose, — un second hasard : si l'on supprime ce cas et qu'on fasse la moyenne des onze autres, cette moyenne se trouve être, comme la vôtre, de 46 jours, ni plus ni moins!

Ainsi, mon cher collègue, il est bien vrai que dans sa *marche* non moins que dans sa *forme*, la lésion qui procède de l'accident secondaire est identique à celle qui procède de l'accident primitif : des ressemblances partout; des différences nulle part. Pourquoi donc hésiter davantage? Pourquoi faire appel à la conciliation? la conciliation n'est possible qu'au prix de concessions réciproques, et pour ma part, je demande quelles sont celles que je puis faire?

La question est toute simple. Elle n'est pas posée, comme dans *Hamlet*, entre un nuage, une belette et un chameau. Une nourrice a un chancre primitif : un superbe chancre induré du mamelon : devons-nous déclarer, comme autrefois, qu'il est impossible que la syphilis héréditaire d'un nourrisson le lui ait inoculé?

Entre nous, c'est oui ou non ; car vous n'êtes pas homme à répondre : peut-être.

Quoi qu'il en soit, mon cher collègue, agréez, etc.

J. Rollet.

Le directeur du journal, M. Diday, crut devoir, page 569, faire suivre la lettre de M. Rollet des réflexions suivantes :

Réponse.

Quoique disciple d'une école où les trois membres de la triade d'*Hamlet* ne sont point considérés comme tout à fait aussi étrangers les uns que les autres à la question présente, je réponds sans détour à M. Rollet : oui, je conviendrai qu'un nourrisson vérolé héréditairement, peut donner à sa nourrice un superbe chancre induré.... *quand* vous m'aurez montré sur elle ce chancre !

Je souligne ce *quand*, parce qu'il laisse à l'expression de ma pensée les justes limites que je lui veux assigner. Plusieurs fois, je dois le reconnaître, une ulcération parcheminée m'est apparue sur un sujet sain, au point qu'avait touché la lésion secondaire d'un syphilitique. Mais, avec M. Langlebert, comme précédemment, et plus que jamais après la lecture du très-remarquable mémoire de M. Rollet, je répète : Il y a *ordinairement* non certes un abîme, mais des différences, des degrés bien tranchés entre la lésion transmise par le chancre induré et celle transmise par l'accident secondaire.

M. Rollet est-il le vrai père de la théorie qu'il vient de défendre? Il en peut réclamer tout l'honneur, car il en a eu toute la peine. Son premier mémoire, au milieu d'idées qui ont mérité de faire époque et de faire une révolution, offre la trace trop visible de ce travail de grossissement involontaire. Bénéficiant de l'obscurité des traductions, saisissant dans des croûtes, dans des tubercules, des condylomes, le chancre qui le fuit, créant tout exprès un élément nouveau laissé dans le vague, l'*état papuleux*, il voit le chancre là où personne ne l'a nommé, et profite de ce silence des premiers observateurs pour transformer en découverte ce qui, à l'égard de ces cas, n'est, ce me semble, qu'interprétation.

J'ai déjà consigné ailleurs (*Gaz. méd. de Lyon*, 1859, n°s 12 et 19), ces remarques. Mais elles subsistent jusqu'ici sans réponse.

L'attitude de M. Rollet et de ses disciples en face des objections qu'on leur adresse, est peut-être ce qui m'inspirerait le plus de défiance contre la croyance qu'ils veulent nous faire partager. Dans leurs écrits, comme dans leur polémique, je vois toujours le même procédé. Les faits conformes y sont grossis, les faits contraires constamment passés sous silence. Si dans son premier travail il n'a, lui-même, pu noter l'*induration* que 12 fois sur 25 ; si lui et moi nous en avons, tous les deux, constaté l'absence sur le sujet de son obs. 19, il laisse, en prudent tacticien, ces faits et leur mention dans l'ombre. Si, parmi tous ceux, y compris le premier, qui ont visité l'inoculé de l'Antiquaille, on compte deux des chefs du service actuel de cet hospice qui refusent d'admettre qu'il y ait eu chez lui rien de comparable au chancre induré... même silence.

Quant à l'*ulcération*, mes trois faits publiés, dans lesquels une papule ne s'excoria pas, ou resta 10 et 13 jours sans s'excorier le moins du monde, rencontrent le même accueil. Et si M. Gibert note, pour lésion initiale, chez un de ses inoculés, une *papule tout à fait sèche*, M. Guyenot vient nous répondre « qu'ici, il est probable que, contrairement à l'assertion de M. Gibert, il y a eu chancre, mais qu'au moment de l'examen, ce chancre était déjà cicatrisé, » interprétation qui force M. Gibert de répliquer, à son tour (*Gaz. méd.* du 26 novembre 1859), « que ce phénomène initial n'a, pendant toute sa durée, offert d'autre lésion apparente qu'une *papule*, sans aucune exhalation ni excoriation, » en ajoutant : « Il n'y a donc pas moyen d'admettre le sentiment de M. Rollet et de confondre une pareille lésion avec le *chancre induré*.

Si je m'élève avec une certaine chaleur contre les habitudes d'argumentation *par prétérition* de mon cher et très-estimé collègue, c'est qu'en réclamant pour la vérité, je crois réclamer pour la vraisemblance. Est-il présumable, comme je l'ai dit ailleurs, que l'organisme réagisse contre deux agents aussi dissemblables, malgré leur analogie, que le sont le virus à l'état primitif et le virus à l'état secondaire, de manière à produire au point de contact une lésion

pareille dans les deux cas? Non, et les phénomènes de la *marche* vont prouver, plus encore que les caractères de la *forme*, à quel point l'une et l'autre de ces deux lésions diffèrent.

M. Rollet veut déterminer la durée comparative de l'incubation dans le chancre de provenance primitive et dans le chancre de provenance secondaire. Mais, dans ce but, il ne tient compte que des faits expérimentaux et repousse les faits cliniques. Pourquoi? C'est sans doute un coup de maître que cette exclusion. Mais, je l'avoue, j'en ai vainement cherché *la* raison, parmi *les* raisons que mon cher collègue accumule pour la justifier. L'incubation des chancres *nés de contact* ne pourrait être taxée de non comparable à celle des lésions *nées de piqûre*, que comme différant quant à la durée; que si, par exemple, la première était la plus longue : car il est avéré que la contagion clinique fait germer ses produits plus lentement que l'inoculation. Mais justement c'est tout le contraire qui a lieu, et l'incubation des chancres par contact se signale précisément par sa brièveté, dans les trois statistiques que la science possède. Onze cas de chancres provenant de chancres primitifs (A. Fournier) ont donné 3,4,5,5,5,5,6,6,6,7 et 9 jours d'incubation. Une statistique à peu près semblable, sur 29 sujets, que j'ai publiée (V. *Gaz. méd. de Lyon*, 1858, p. 79), fournit une moyenne de 14 jours. Celle de M. Poncet (*Ibid.*, 28 cas) arrive à une moyenne de 8 jours.

En somme, sur un chiffre, assez respectable, de 68 chancreux qui, ou certainement, ou très-probablement, tenaient leur mal du contact d'un chancre primitif, que trouve-t-on pour moyenne de l'incubation? Neuf jours! (1) Voici ce que la clinique, largement

---

(1) Ce chiffre ne serait que peu augmenté, lors même qu'on y ajouterait, comme M. Rollet m'y invite, les quelques faits de Rinecker, Gibert, Guyenot. — N'est-ce pas, selon vous, me dit-il, du pus de chancre primitif qui a été inoculé dans ces cas? — Je me crois cependant autorisé à les maintenir en dehors de cette statistique ; car, à la hauteur où est parvenue la question, tout contagionniste de bon sens comme tout anticontagionniste de bonne foi, doit reconnaître un point qui

consultée, aurait appris à M. Rollet, au lieu de sa statistique, expérimentale, de *trois* faits (dont deux controversables), sur laquelle il a cru pouvoir établir solidement sa moyenne de 22 jours d'incubation!

Quant à la *seconde incubation*, on comprend que sa parité dans l'un et l'autre cas, n'a pas autant d'importance dans la question qui s'agite. Une fois que le virus a réalisé ses premiers effets sur l'organisme, il paraît assez admissible qu'il procède, dans son cours ultérieur, d'une manière semblable, quelle qu'ait été d'abord sa différence de nature ou d'origine. Toutes les véroles acquises, nées de primitif ou de secondaire, ne se ressemblent-elles pas? Pourtant, même à ce point de vue, j'aurais encore à soumettre à mon cher contradicteur la rectification de quatre de ses chiffres.

Dans le fait de Rinecker, la coïncidence qui l'a tant frappé ne serait que le résultat d'une méprise. Au lieu de 52 jours, le texte (*Arch. génér. de médec.*, 1858, p., 602) énonce positivement que la seconde incubation, chez ce malade, fut de 54 *à* 60 *jours*.

Si à la statistique de M. Rollet, relative à la *seconde incubation*, on ajoute, comme il est juste, huit cas de Rinecker; et si on leur donne pour durée, comme cela semble non moins juste, la moyenne entre les deux cas extrêmes, ce n'est plus par 52, mais par 58 jours que la moyenne générale de cette incubation s'exprimera.

Quant au fait d'inoculation secondaire à incubation de 128 jours, qu'il veut éliminer de sa statistique par le motif que l'éclosion de la vérole fut retardée par le traitement mercuriel, il est bon de remarquer que ce traitement ne consista qu'en frictions, pendant tout au plus trois semaines, sur l'éruption locale.

Que si cependant l'on s'obstine à défalquer ce fait, la seconde

---

me semble acquis. C'est que si mon interprétation a suffisamment ébranlé ces faits pour que le dogme de la contagion secondaire ne puisse se fonder sur eux seuls, elle ne les a cependant pu transformer en exemples d'inoculation de chancre primitif assez évidents pour leur donner droit de domicile dans une statistique qui doit, autant que possible, ne se composer que d'unités incontestées.

incubation sur les inoculés de secondaire sera, non pas seulement la même, comme le dit M. Rollet, mais plus courte d'un jour (45), que chez les malades infectés par contact de chancre primitif.

Ces rectifications, dont la dernière n'a trouvé place ici que par ce qu'elle est à l'avantage de M. Rollet, obtiendront, je l'espère, son assentiment. Tout au moins, auront-elles atteint leur but si, avec les remarques précédentes, elles lui démontrent la nécessité de prendre en considération tous les faits produits par la partie adverse; de les discuter, s'il lui plaît, de les réfuter, s'il le peut, mais au moins d'en tenir compte; en un mot, et s'il veut persuader ses confrères aussi bien que les élèves, de s'attacher, désormais, à débattre la question contradictoirement, plutôt qu'à la traiter *ex professo*.

Quittant, et sans regret, cette polémique de contestations, essayons si une conclusion dogmatique plus large ne pourra sortir du débat. Des trois maladies vénériennes, jadis dites primitives, blennorrhagie, chancroïde, chancre, aucune n'affecte une forme constamment une et identique. La blennorrhagie (je parle de celle observée sur l'urètre, chez l'homme), a tantôt les allures d'une inflammation aiguë, et tantôt, même dès le début, les apparences de la chronicité. Pourquoi cela? C'est que la femme qui l'a donnée avait tantôt une vraie blennorrhagie, tantôt une simple leucorrhée. — Le chancroïde n'offre pas de moindres variétés, qu'une théorie ingénieuse, celle de M. Clerc, expliquerait par l'atténuation plus ou moins complète que le virus (unique selon lui) aurait subie dans sa migration à travers un plus ou moins grand nombre d'organismes. — De même le *chancre* (chancre induré), qui nous apparaît avec tant de nuances diverses quant au degré de la dureté, quant à la profondeur et l'extensivité de l'ulcération, pourquoi ne trouverait-il pas, lui aussi, l'explication de ces différences, qui ont frappé tous les observateurs, dans la différence de la source d'où il provient? Simple érosion parcheminée, lorsqu'il est né du contact d'une lésion

secondaire (1), chancre huntérien type, quand il résulte de celui d'une lésion primitive, il aurait, ainsi considéré, l'avantage de mettre la clinique d'accord avec la raison, le plus rare avantage de mettre les cliniciens d'accord entre eux. Que M. Langlebert, dont le consciencieux travail m'a inspiré cet aperçu conciliateur, réussisse seulement à le faire accepter de M. Rollet, et la paix, du même coup, sera signée entre l'observation et la nature, entre l'observation et la théorie. P. Diday.

Mais les choses ne devaient pas en rester là. Au commencement de cette année (février 1860), à propos d'une communication de M. Rollet, *sur la pluralité des maladies vénériennes* (2), la même question fut de nouveau soulevée et discutée devant la société de médecine de Lyon. La discussion parut d'abord ne toucher qu'aux principaux points controversés de la syphilis générale, mais les recherches de M. Rollet, sur le produit de la contagion secondaire ne tardèrent pas à être mises en cause. Voici du reste quelques extraits de cette partie de la discussion.

« M. Diday. Je ne veux revenir que sur un seul point de cette discussion : la forme initiale des accidents primitifs de la syphilis de cause secondaire. J'ai dit qu'il n'y avait pas parité complète entre cet accident et le chancre primitif provenant lui-même d'un chancre ; et, en faveur de mon opinion, je trouve un grand fait dont l'importance n'échappera à personne, et qui vient en même temps

---

(1) M. Rollet m'opposera, sans doute, l'autorité de M. Bassereau qui, dit-il, a vu l'*érosion chancreuse* résulter du contact de véritables chancres. Mais, n'en déplaise à mon souverainement estimable confrère de Paris, en fait de *confrontations*, moi qui en ai sondé les difficultés et les causes d'erreur, je déclare ne tenir pour valables, que celles dont l'observation sera publiée *in extenso*. Pour moi, pour M. Rollet surtout, la *trace* d'un chancre, constatée sur la conjointe, est loin de prouver que ce chancre ait été, plutôt qu'une plaque muqueuse concomitante, l'agent du chancre développé chez l'homme.

(2) Rollet, *De la pluralité des maladies vénériennes*. Paris 1860.

à l'appui de ce que je disais, dans la dernière séance, des qualités des virus : c'est que toutes les véroles résultant de l'inoculation volontaire d'accidents secondaires, se sont montrées d'une remarquable bénignité. Et pourtant, si, comme le veut M. Rollet, l'exorde obligé de la vérole était un vrai chancre; si, de plus, les virus ne différaient jamais par leurs qualités, on ne comprendrait pas cette différence dans les résultats.

Quel est donc la nature de cet accident initial ? C'est un chancre, je l'admets; mais un chancre à caractères effacés, mitigés, atténués.

Et la preuve, c'est que, entre ce chancre, que j'ai observé peut-être le premier en 1848, et le chancre primitif ordinaire, il y a d'assez notables différences. — 1° Différence dans la durée de l'incubation : sur dix faits d'inoculation d'accidents secondaires, la durée moyenne de l'incubation a été de 29 jours; tandis que, d'après une statistique dont j'ai réuni les éléments avec beaucoup de soin, la durée moyenne de l'incubation du chancre infectant ordinaire serait de 14 jours; et, d'après une autre statistique appartenant à M. Fournier, de 9 jours seulement. — 2° Différences dans l'aspect : Le chancre d'origine secondaire n'est pas, ou presque pas induré, il ne s'ulcère pas, ou s'ulcère très-tard, au point qu'au 35e jour il peut encore avoir, suivant le rapport de M. Gibert, l'aspect d'une papule. Je m'attends bien que M. Rollet n'acceptera pas sans discussion le témoignage de M. Gibert; mais il ne récusera pas du moins son propre témoignage; or, on peut se convaincre, en lisant un travail antérieur de M. Rollet, que, chez un certain nombre des malades dont il donne les observations, les accidents par lui qualifiés chancres, n'offraient pas, tant s'en faut, tous les caractères du chancre primitif.

Quant à l'influence des qualités des virus sur la gravité des manifestations morbides, je me bornerai à faire remarquer : 1° que l'analogie qu'on invoque est loin d'être complète; la variole, la rougeole, etc., sont des maladies continues; la syphilis a des manifestations successives, fort dissemblables, espacées, donc à lésions

plus ou moins toxiques ; 2° que l'exemple de la syphilis congénitale n'est pas probant ; ici, c'est le germe, l'ovule qui est influencé ; c'est sur l'organisme en voie de formation que s'exerce l'action du principe toxique. En faut-il davantage pour comprendre que cette action doit avoir plus de prise sur le fœtus que sur l'organisation beaucoup plus résistante de l'adulte ? 3° que la syphilis, provoquée par l'inoculation des accidents secondaires, s'est montrée extrêmement bénigne, si bénigne qu'elle a pu guérir et bien guérir en trois semaines. Certes, ce n'est pas ainsi que se comporte une vérole ordinaire, et ce n'est pas le moindre argument que je puisse invoquer en faveur de la thèse que j'ai soutenue. Cet argument, toutefois, n'est pas le seul ; mais je ne veux pas engager l'avenir, et je m'arrête pour le moment. »

M. Rollet croit inutile de rentrer dans la discussion générale ; il se propose seulement de répondre aux dernières objections qui lui ont été faites par M. Diday, et qui portent plus particulièrement sur la nature de la lésion initiale qui résulte de la contagion de la syphilis secondaire.

M. Rollet revient d'autant plus volontiers sur ce sujet qu'il a été le premier à l'étudier cliniquement, et que le premier aussi, à l'aide de faits nombreux, il a cru pouvoir poser comme règle générale que la syphilis secondaire, en se transmettant, produit toujours au point contagionné une lésion primitive qui a tous les caractères essentiels du *chancre*.

Or ces chancres, dont l'origine était auparavant méconnue, et qui ne forment pas moins de la moitié du nombre total des lésions syphilitiques primitives, il s'agit de savoir, non plus comme autrefois, si ce sont réellement des chancres (car il ne paraît pas que personne persiste à leur contester ce caractère) ; mais si, comme le prétend M. Diday, il y a entre eux et les chancres d'origine primitive des différences appréciables, réelles, et qui permettent de les distinguer.

M. Diday a déjà adressé sur ce point, à M. Rollet, des objections

qui ont fait l'objet d'un premier débat contradictoire dans la *Gazette medicale*. Aujourd'hui, comme alors, son argumentation porte sur deux points : l'incubation du chancre et sa forme anatomique.

L'incubation du chancre produit par la contagion de la syphilis secondaire est plus longue, dit-il, que celle du chancre qui procède de l'accident primitif.

Pour prouver que l'incubation est la même dans les deux cas, j'avais, dit M. Rollet, cité des statistiques : c'est aussi avec des statistiques, et les mêmes que les miennes, que M. Diday a cherché à démontrer que j'étais dans l'erreur.

Les statistiques citées par moi, citées aussi par M. Diday, sont de deux ordres :

1° Les unes comprennent des faits cliniques;

2° Les autres des faits d'inoculation artificielle.

Dans les premières, ainsi que je l'ai fait remarquer, la moyenne de l'incubation est très-variable : cette moyenne est, dans les unes, de six jours, dans les autres de neuf jours, dans les autres de quatorze jours.

J'en avais conclu que ces statistiques, fondées sur le rapport des malades, et comprenant des chiffres fixés par eux de souvenir, étaient, pour la plupart entachées d'erreur; j'en donnais pour preuve irréfutable la variabilité de la moyenne dans chacune d'elles.

En effet, les plus récentes (que je ne crois pas parfaites, bien que dans ce nombre se range celle de M. Diday), les plus récentes donnent la plus forte moyenne; les plus anciennes et les moins bien faites donnent au contraire la moyenne la plus faible; au point qu'autrefois elles n'en donnaient pas du tout; car c'est en se fondant sur la statistique ainsi faite que M. Ricord a pu soutenir pendant vingt-cinq ans, et M. Diday avec lui, si j'ai bonne mémoire, que le chancre n'avait jamais d'incubation.

Mais j'avais surtout insisté sur un point qui est capital : c'est que ces statistiques donnent la moyenne de l'incubation pour le chancre, oui, mais pour le chancre sans distinction d'origine.

Dans ces statistiques, il faut bien qu'on le sache, on n'a pas distingué, sur le nombre des chancres, ceux qui procèdent de l'accident primitif, et qui en forment la moitié, je suppose, de ceux qui procèdent de l'accident secondaire, et qui forment l'autre moitié. Pour savoir si, dans les deux cas, l'incubation est différente ou non, cette distinction, ce me semble, eût été nécessaire.

Mais prenons-les telles qu'elles sont. Elles comprennent les deux ordres de chancres, confondus et pêle-mêle, mais en réalité elles les comprennent. Si l'incubation différait pour les chancres de chaque ordre, ne devrait-elle pas être exprimée par deux séries de chiffres, une série de chiffres élevés qu'on pourrait rapporter au chancre d'origine secondaire, et une autre de chiffres faibles se rapportant au chancre d'origine primitive ? Mais pas du tout ; dans ces statistiques, les chiffres qui composent la moyenne s'écartent peu les uns des autres, et en tout cas ne forment pas deux séries différentes. Eh bien, je le demande, ne serait-il pas naturel d'en tirer cette conclusion que tous ces chancres ayant une même incubation, celle-ci ne varie pas selon la provenance de la maladie? Tout contraire a été l'avis de M. Diday et, en vérité, j'admire comment il a pu trouver des arguments contre moi, où quiconque voudra regarder de près, doit en trouver pour moi. Mais ce que je signale surtout à votre attention, c'est cette prétention de M. Diday, non pas de faire une statistique (M. Diday a fait beaucoup mieux que cela, et je ne décline pas sa compétence); mais de vouloir prouver avec cette statistique que l'incubation est plus longue pour le chancre d'origine secondaire que pour celui d'origine primitive, sans songer, dans cette œuvre qu'il nous recommande comme lui ayant coûté dix-huit mois de recherches, à séparer ces deux ordres de chancres, et à nous indiquer la durée de l'incubation pour chacun d'eux.

Quant aux statistiques comprenant tous les faits connus d'inoculation artificielle, j'y ai attaché une importance beaucoup plus grande.

Sans doute, si on demande à ces statistiques la durée de l'incu-

bation du chancre, des deux ordres de chancres indistinctement, et qu'on compare le résultat avec celui qui est fourni par les statistiques cliniques, on trouvera une différence. Et comment n'en trouverait-on pas?

Ici, le moyen d'observation est beaucoup plus rigoureux. On ne s'en rapporte plus au souvenir plus ou moins confus des malades. On peut compter soi-même les jours sans cause d'erreur. D'un autre côté les inoculations ne sont peut-être pas en tous points comparables à la contagion naturelle. En tous cas, il y a des différences dans le mode de transmission, dans le lieu, la région, le tissu où le virus a été déposé. Qu'on se rappelle que c'est toujours au bras ou à la cuisse qu'on a fait les inoculations artificielles.

Mais il ne s'agit pas, dans la question qui nous divise, M. Diday et moi, de comparer un moyen d'observation à un autre, ni la contagion naturelle à la contagion artificielle; il s'agit, qu'on ne l'oublie pas, de comparer deux ordres de chancres que les cliniciens ont confondus dans leurs statistiques, — et c'est pour cela que je récuse ces statistiques bien qu'elles soient pour moi et contre vous; il s'agit, par conséquent, de trouver ces chancres non plus confondus et pêle-mêle comme les précédents, mais séparés et alignés en deux colonnes distinctes, observés dans des conditions identiques, et à voir quelle est la durée de l'incubation pour chaque catégorie. Or, c'est ainsi qu'ils s'offrent à nous dans les statistiques probantes par excellence, c'est-à-dire celles qui comprennent les faits d'inoculation artificielle connus jusqu'à ce jour. Que puis-je dire de plus que ce que j'ai déjà répété à plusieurs reprises?

Dans les douze inoculations d'accidents secondaires où le temps d'incubation a été noté, la moyenne a été de vingt-six jours.

Dans les trois inoculations d'accidents primitifs, la moyenne a été de vingt-quatre jours.

Ainsi que la matière inoculée ait été empruntée à l'accident secondaire ou à l'accident primitif, le chancre produit, dans les deux cas, par l'inoculation, a toujours eu une incubation sensiblement la même.

Que peut-on objecter à ces faits? Dira-t-on que dans les trois cas où l'on a cru emprunter la matière inoculée à l'accident primitif, on l'a, au contraire, empruntée à un accident d'un autre ordre?

J'ai fait une de ces trois inoculations. Le chancre que j'ai choisi pour y recueillir du pus était fortement induré : M. Diday l'a vu.

Dans les deux autres cas, non-seulement on a pris le pus sur l'accident primitif, comme moi; mais l'erreur était encore plus impossible à commettre par les deux inoculateurs, Rinecker et M. Gibert, que par moi; car l'accident primitif où ils ont pris le pus, c'étaient eux qui l'avaient produit par inoculation sur des sujets jusque-là vierges de syphilis. Évidemment ils ne pouvaient pas se tromper. Objectera-t-on que trois faits ne suffisent pas? Trois faits d'inoculation c'est beaucoup, trop même. Mais à ceux qui en voudraient des masses, je dirai : fournissez-les. Des faits, apportez-en; c'est ce que je demande. Remarquez que je ne tiens pas aux inoculations artificielles à l'exclusion des observations cliniques. Non. Je demande seulement que dans les faits cliniques on distingue ce qui doit être essentiellement distingué; c'est-à-dire qu'on me donne d'un côté des chancres d'origine primitive, de l'autre des chancres d'origine secondaire; car autrement toute comparaison est impossible.

Ainsi donc, pour ce qui concerne l'incubation, M. Diday a laissé la question ce qu'elle était avant lui. A des expériences nettes, précises, irréfutables, il n'a opposé que des raisonnements, et, dois-je le dire? aux grands principes de la statistique il a répondu par l'art de grouper les chiffres.

J'arrive maintenant à la forme anatomique du chancre.

J'ai dit que le chancre produit par la contagion de la syphilis secondaire était souvent induré : on ne le nie pas d'une manière générale; et en effet, plus on va, plus on reconnaît que dans ce chancre l'induration est quelquefois énorme. Notre album de l'Antiquaille en offre de nombreux exemples. Récemment encore, il y avait dans les salles un enfant que tous les internes ont vu, portant à la lèvre inférieure un chancre de ce genre dont l'induration était telle qu'elle allait du bord de la lèvre jusqu'au menton. J'ai adressé

autrefois à la clinique de M. Tessier un enfant que M. Diday a vu. Cet enfant avait également un chancre fortement induré, provenant de la contagion de la syphilis secondaire.

D'ailleurs ce n'est pas seulement à l'Antiquaille que des observations semblables ont été faites depuis mes premiers travaux sur ce sujet. Déjà M. Ricord s'était implicitement rangé à mon avis, l'année dernière, en pleine Académie, et ces jours-ci, pendant que nous discutions, son disciple le plus orthodoxe et l'un des plus distingués, M. Fournier apportait à l'opinion que je défends des arguments d'un grand poids, et surtout, ce que je prise infiniment plus, un certain nombre d'observations où l'induration, l'*induration type* est spécialement notée.

Si je cite des noms dans une discussion qui roule exclusivement sur des faits et même sur certains faits déterminés, c'est qu'il s'agit d'une autorité dont M. Diday a l'habitude de faire grand cas, et aussi pour que mon collègue voie, aux efforts que je fais pour le convaincre, malgré de telles adhésions, le prix tout particulier que j'attache à la sienne.

M. Diday ne peut pas soutenir et ne soutient pas que l'induration manque toujours dans le chancre en question. Ce n'est pas sur la règle qu'il me contredit, mais sur l'exception. Évidemment la différence entre nous sur ce point est loin d'être radicale.

Mon collègue m'a objecté que dans mon mémoire des Archives j'avais cité *une* observation de chancre de la lèvre sans induration, et plusieurs observations semblables de chancres du mamelon.

Je réponds d'abord que les observations dont parle M. Diday ont pour sujets des femmes, et que c'est surtout chez la femme que l'induration fait défaut. Remarquez en passant que si l'induration manque surtout chez la femme (tous les syphilographes en conviennent), c'est une preuve, si je ne me trompe, qu'elle dépend moins de la qualité ou de la provenance du virus que de l'état organique du malade.

Je réponds, en second lieu, que l'induration n'a pris une grande importance que dans ces dernières années. M. Ricord, lui-même,

qui a le plus insisté sur ce caractère du chancre, n'en a parlé qu'incidemment dans son livre de 1838. Ce n'est que plus tard que, grâce à son enseignement, ces idées se sont vulgarisées. Or les observations de chancres du mamelon que j'ai citées et où l'induration n'est pas notée sont de syphilographes antérieurs à M. Ricord; c'est-à-dire que ce chancre est si bien un chancre, qu'on en retrouve les caractères essentiels même dans des observations où l'auteur manquait, pour le décrire, des données nouvelles fournies par l'école moderne. Mais ce n'est pas sur ce point que M. Diday m'a fait le plus d'opposition. J'ai dit que le chancre simple ou chancroïde et le chancre syphilitique différaient à leur début.

Que le chancre simple débutait sans incubation, par une pustule.

Que le chancre syphilitique débutait, au contraire après une incubation variable par une papule. Ce début *papuleux* du chancre syphilitique que j'ai, le premier, signalé à l'attention des observateurs, opposé au début *pustuleux* du chanchroïde, est une nouvelle preuve de la diversité des deux espèces chancreuses.

Toutefois on a rarement l'occasion de voir le chancre à cette période, pas plus le chancroïde à l'état de *pustule* que le chancre syphilitique à l'état de *papule*.

On le voit dans les inoculations. Ainsi tous les inoculateurs d'accidents secondaires l'ont noté sans y insister comme je l'ai fait. Moi-même, qui ai inoculé un accident primitif, j'ai observé la papule initiale et je l'ai montrée à M. Diday. Dans l'inoculation de Rinecker on l'a également notée. Un étudiant en médecine, cité par M. Laroyenne, l'a aussi observée sur lui-même. Quoi d'étonnant que M. Diday ait fait la même observation sur des nourrices allaitant des nouveau-nés syphilitiques? Notre collègue surveillait ses malades jour par jour; prévoyant chez elles la vérole, il a pu la voir dès sa première apparition. Il se trouvait dans le cas des inoculateurs, dans le cas de l'étudiant en médecine, en un mot, dans le cas de tout observateur attendant un résultat prévu et ne manquant pas de le constater dès qu'il commence à se produire.

Mais encore une fois la papule initiale n'est pas le propre du

chancre produit par la contagion secondaire, puisque je l'ai observée pour la première fois sur un chancre produit par l'inoculation d'un chancre primitif, et que Rinecker l'a également décrite dans un cas analogue. Il n'y a que le chancroïde qui débute nécessairement par une pustule, et ici encore le début pustuleux ne se montre que chez les inoculés qu'on peut voir assez tôt pour cela, et échappe, au contraire, à l'observation chez les malades du cabinet ou de l'hôpital, chez qui on n'a pas l'occasion de voir la maladie à l'*état naissant*. Quant à la *durée* de cet état papuleux, je ne suis pas encore bien renseigné à son égard, et sous ce rapport les observations de M. Diday sont dignes d'intérêt : mais cette durée, quelque longue qu'elle soit dans certains cas exceptionnels, et peut-être dans le chancre de certaines régions, de certains tissus, plutôt que de certaine provenance, cette durée, dis-je, ne peut pas, dès à présent, être déclarée plus longue après la contagion secondaire qu'après l'autre.

Mais ce n'est pas encore sur ce point que M. Diday a le plus insisté. Il m'a opposé à deux reprises un des faits d'inoculation de M. Gibert et celui de M. Guyenot.

Parlons d'abord du premier :

« M. Gibert inocule un malade ; ce malade s'en va, et cinquante jours après l'inoculation il revient avec une papule de la largeur d'une pièce de dix sous au point inoculé. Voilà toute l'observation.

J'ai dit autrefois que cette papule, observée cinquante jours après l'inoculation, était probablement un chancre ayant subi ce que M. Ricord a appelé la transformation *in situ* en plaque muqueuse. Ce phénomène, qui a été si bien décrit par MM. Deville et Davasse, que j'ai souvent observé, que M. Diday a dû observer aussi, ce phénomène, sans être précoce, se montre dans bien des cas, sur des chancres qui n'ont pas cinquante jours y compris l'incubation. En cinquante jours, un chancre a plus que le temps de se cicatriser, à plus forte raison de se transformer en papule. Remarquez, à propos de ce fait, que personne ne peut dire avec connais-

sance de cause ce qui s'est passé, pas plus M. Gibert que M. Diday, que vous, que moi. Ce malade est resté cinquante jours loin de tout œil de médecin. En vérité, quand M. Diday m'oppose le sentiment de M. Gibert, n'ai-je pas le droit de lui dire que M. Gibert n'a pas plus que moi qualité pour prononcer sur ce sujet? Nous nous trouvons tous à l'égard du malade dans la même position. Ni les uns ni les autres nous ne sommes des observateurs, mais bien des interprètes du fait.

Mon interprétation, je l'ai dit, est conforme aux lois générales de l'évolution chancreuse. Quant à la vôtre elle établirait en faveur de ce chancre une exception; elle en fait une anomalie, une monstruosité. Qui des deux a raison? ce n'est pas à moi à prononcer; mais avouez que l'analogie est pour moi, tout entière pour moi.

Et, après tout, à quoi bon faire tant de bruit autour de cette observation? Y a-t-il à compter avec un fait je ne dirai pas ainsi observé, mais ainsi inobservé? Et est-ce sérieusement qu'on refuse les caractères du chancre à une lésion qui en conserve encore les principaux attributs après cinquante jours, et cela en se fondant sur ce qui aurait pu se passer pendant les cinquante jours qu'on ne l'a pas vue?

Pour ce qui est du fait de M. Guyenot, celui-là s'est passé au grand jour, et ce ne sont pas les témoins qui lui ont manqué, non plus que les juges.

Que, dans ce cas, la lésion survenue après l'inoculation ait été un chancre, j'admire qu'on vienne aujourd'hui le nier, quand tout le monde l'affirmait, le chancre sous les yeux, un chancre vraiment remarquable par tous ses caractères physiques!

M. Diday n'a pas dit que la lésion du malade ne fût pas un chancre, et nous allons voir avec quelle habileté il a su faire planer le doute sur la nature de cette lésion, en se tenant lui-même à l'écart. Non, ce n'est pas son témoignage qu'il m'a opposé, c'est celui de deux de mes collègues.

J'accepte ce témoignage, non pas qu'il me fût difficile d'en atténuer quelque peu la portée, mais parce qu'à cette opinion négative

il me plaît, il m'a paru piquant d'en opposer une autre affirmative. Et laquelle? direz-vous; laquelle? — Celle de M. Diday.

M. Diday n'a-t-il pas dit, répété, imprimé que le malade inoculé avait un chancre; et la preuve que, pour lui, ce chancre était bien un vrai chancre, avec tous les caractères de l'accident primitif, c'est qu'il a soutenu, opiniâtrément soutenu que ce chancre provenait lui-même d'un accident primitif.

Oui, M. Diday a prétendu que dans ce cas la matière de l'inoculation avait été prise sur un chancre primitif de l'anus. Je veux bien que M. Diday ne tienne plus à cette opinion, qu'il l'ait abandonnée; je veux bien qu'il reconnaisse à présent que la matière de l'inoculation provenait réellement d'un accident secondaire. Mais qu'il nie aujourd'hui que l'inoculation ait produit un chancre, c'est impossible; car notre collègue n'est pas, comme tout à l'heure, en présence d'une interprétation erronée, qu'il est toujours temps, et j'ajoute qu'il est toujours bon d'abandonner, mais en présence d'un fait matériel, que notre collègue a constaté, vu, sans qu'aucun raisonnement du monde puisse faire qu'il ne l'ait pas constaté et vu.

Ainsi donc, la lésion inoculée par M. Guyenot au malade de l'Antiquaille était un chancre; c'est l'avis de M. Diday, c'est le mien; nous sommes donc d'accord : que veut-il de plus et à quoi bon faire intervenir un tiers entre nous?

M. Diday est allé plus loin. Il nous a dit qu'il y a une notable différence entre la syphilis produite par la contagion des accidents secondaires et celle qui est produite par la contagion de l'accident primitif.

J'ai démontré ailleurs et je répète aujourd'hui, pour ce qui concerne le chancre, qu'il est le même dans les deux cas.

Quant aux éruptions dites constitutionnelles, elles ont toujours été assez bénignes après les inoculations que nous connaissons; assez bénignes, je le répète, mais sans différer des cas de syphilis bénigne, sans distinction de provenance, que nous avons l'occasion d'observer, et qui forment, il faut bien le dire, la très-grande majorité.

Ainsi, à côté des inoculés qui n'ont eu qu'une roséole, comme le

malade de l'Antiquaille, il faut en placer d'autres qui ont eu un peu plus, d'autres encore un peu plus, et finalement arriver à des cas de véroles assez complètes pour donner de sérieuses inquiétudes. Plusieurs malades ont eu des éruptions papuleuses générales; l'un des deux inoculés de Wallace a eu un psoriasis syphilitique; beaucoup ont eu, en outre, des plaques muqueuses, des ulcérations au gosier, etc. On a noté dans une observation des douleurs estéocopes.

Si ce sont là des *syphiloïdes*, avouez que la syphiloïde est très-commune à Lyon, à l'Antiquaille surtout : elle forme, je le répète, la très-grande majorité de cas que nous avons à traiter, et que nous avons traités jusqu'à ce jour sous le nom de *syphilis*.

Et puisque nous en sommes avec M. Diday à nous signaler les écueils où l'un des deux a peur que l'autre ne tombe, qu'il me permette de lui dire que la voie où il semble entrer aujourd'hui me paraît dangereuse.

M. Diday a admis autrefois un virus *fort* et tout spécial pour expliquer la contagion de la syphilis congénitale du nourrisson à la nourrice; c'est ce qu'il a appelé le *virus congénital*.

Ce virus, excessivement fort, et qui, par parenthèse, n'a jamais donné aux nourrices que la syphilis commune, car on ne trouve pas chez elles des éruptions différentes de celles qui résultent de la contagion de la syphilis de l'adulte, ce virus a maintenant des frères cadets.

En effet, en voici un autre très-fort aussi qui provient de l'accident primitif; puis un autre plus faible qui provient des accidents secondaires de l'adulte. Mais ce qui m'effraye c'est que M. Diday nous en promet encore d'autres.

Ainsi, pour M. Diday, il y a une syphilis croissante, qui procède probablement d'un autre virus que la syphilis décroissante du même auteur. Il y a aussi une syphilis en deux livraisons et probablement un virus pour la première livraison et un autre pour la seconde.... On voit de suite, sans que j'aie besoin d'insister, l'écueil dont je veux parler. C'est celui où s'est déjà brisé Carmichaël, et j'ai bien peur que le souvenir des quatre virus de l'auteur anglais

ne nuise beaucoup au succès de ceux de notre compatriote. — Mais je m'arrête, car je n'oublie pas que je ne fais à M. Diday qu'un procès de tendance, comme du reste il me l'a fait à moi-même.

Quant à moi, j'ai sur la syphilis des idées toutes différentes. Tout ce que j'ai vu, observé, étudié, me confirme de plus en plus dans cette opinion qu'il n'y a pas de maladie dont l'individualité soit aussi tranchée, et qu'il importe plus de conserver intacte dans le cadre nosologique.

Sans doute il y a des distinctions à faire, et pour ma part je reconnais volontiers que l'esprit d'analyse est le véritable esprit scientifique ; mais ces distinctions doivent porter sur la forme, non sur le fond de la maladie ; autrement ce serait morceler une individualité réelle pour en créer d'artificielles avec ses débris. »

M. Diday, dans sa réponse p. 266, résuma son opinion dans les termes suivants :

« 1° Cette syphilis (celle qui est produite par la contagion secondaire) se développe moins aisément, moins souvent ; en d'autres termes, l'accident secondaire est moins contagieux que l'accident primitif. Revenant à plusieurs reprises dans le long cours de la vérole, occupant chaque fois plusieurs régions, dans chaque région plusieurs surfaces, tenace, indolent, méconnu, l'accident secondaire ne devrait-il pas, s'il était aussi contagieux, être constaté comme cause de la syphilis au moins dans les trois quarts des cas?... Or, voyez le résultat inverse des confrontations si nombreuses, si probantes de M. A. Fournier.

2° L'accident secondaire a besoin, pour opérer la contagion, de contacts prolongés, répétés. C'est pour cela qu'il est si difficile, dans les observations cliniques, de préciser à quel moment la syphilis a été prise par le contact avec une lésion secondaire.

3° Comparée à celle qui naît d'un accident primitif, d'un chancre, la première lésion qui naît du contact d'un accident secondaire a une incubation plus longue.

4° Dans cette première lésion-là, l'ulcération est plus lente à se développer.

5° L'ulcération y reste plus superficielle.

6° Elle y disparaît plus vite.

7° L'induration dont elle s'accompagne a, en général, moins de consistance et moins d'étendue.

8° Pour la syphilis qui résulte de la contagion d'accidents secondaires, le temps qui s'écoule entre le début de la première lésion et le début des accidents généraux, dits constitutionnels, est ordinairement un peu plus long que pour la syphilis produite par le contact d'accidents primitifs.

9° Cette syphilis, celle transmise par l'accident secondaire, a une durée et une gravité moindres que celle transmise par accident primitif. Je citerai, comme preuves flagrantes de cette bénignité, l'inoculation de M. Guyenot, le deuxième inoculé de Rinecker et la jeune femme de l'observation XIII de M. Rollet. Ceci est, du reste, l'opinion de Wallace et de Rinecker.

10° Enfin cette syphilis (séparée, je le répète, de la congéniale) aurait encore cela de particulier, que ses accidents secondaires ne sont pas contagieux ; du moins aucune des observations ni des expériences connues jusqu'ici n'autorise à croire qu'ils le soient » (1).

Que peut-on ajouter à cela, et en quelles mains reste en dernier lieu la vérité ? C'est au lecteur à prononcer. Quant à nous, fort des observations anciennes que nous avons résumées, et des nouvelles que nous avons eu soin de rapporter en détail, nous attendrons que nos adversaires viennent nous combattre avec les mêmes armes et sur le même terrain, c'est-à-dire avec des faits nouveaux et dans le champ toujours ouvert de l'observation syphilographique.

---

1. Voir pour plus de détails, les nos du 1er mai et du 1er juin 1860. *Gaz. méd. de Lyon.*